



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им. В. П.  
СЕРБСКОГО**

---

На правах рукописи

**РАСПОНОМАРЁВА ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА**

патоморфоз истерического расстройства личности  
(судебно-психиатрический аспект)

## **14.00.18 - ПСИХИАТРИЯ**

Диссертация на  
соискание  
ученой степени  
кандидата медицинских  
наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских  
наук,  
профессор Б. В.  
Шостакович

**Москва - 2002**

# Оглавление.

---

|                |                                                                                                  |              |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Оглавлени<br>е |                                                                                                  | стр. 2 – 3   |
| Введение       |                                                                                                  | стр. 4 – 7   |
| Глава 1.       | Современное состояние проблемы                                                                   | стр. 8 – 19  |
| Глава 2.       | Характеристика клинического материала                                                            | стр. 20 – 42 |
| Глава 3.       | Клинико-динамические особенности<br>истерического расстройства личности с<br>учетом патоморфоза  | стр. 43 – 65 |
|                | Клинико-динамический анализ<br>истерического расстройства личности у<br>испытуемых первой группы | стр. 43 – 51 |
|                | Клинико-динамический анализ<br>истерического расстройства личности у<br>испытуемых второй группы | стр. 51 – 61 |
|                | Сравнительный клинико-динамический<br>анализ первой и второй групп                               | стр. 61 – 65 |
| Глава 4.       | Клинико-динамический анализ катамнеза<br>лиц с истерическим расстройством<br>личности            | стр. 66 – 84 |
|                | Социально-биографическая<br>характеристика третьей группы                                        | стр. 66 – 73 |

|                                     |                                                                                                   |                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                     | Клинико-динамический анализ<br>истерического расстройства личности<br>испытуемых 3-ей и 3* групп  | стр. 79 – 84      |
| Глава 5.                            | Судебно-психиатрическая оценка<br>истерического расстройства личности с<br>учетом его патоморфоза | стр. 84 – 96      |
| Заключени<br>е                      |                                                                                                   | стр. 97 –<br>117  |
| Выводы                              |                                                                                                   | стр. 117 –<br>119 |
| Литератур<br>а                      |                                                                                                   | стр. 120 –<br>137 |
| Приложение 1. Клинический случай 1. |                                                                                                   | стр.<br>138 – 146 |
| Приложение 2. Клинический случай 2. |                                                                                                   | стр.<br>147 – 158 |
| Приложение 3. Клинический случай 3. |                                                                                                   | стр.<br>159 – 169 |
| Приложение 4. Клинический случай 4. |                                                                                                   | стр.<br>170 – 181 |

# Введение

---

Вопрос патоморфоза расстройств личности в психиатрии в последнее время приобрел большое значение. Фактические данные свидетельствуют, что наиболее выраженные стойкие клинические сдвиги появились у пациентов, страдающих истерической психопатией (Фелинская Н. И., 1973, Шостакович Б. В., 1974, Пелипас В. Е., 1974, Хохлов Л. К., 1977, Семке В. Я., 1979, В. А. Гурьева, 1982, Арсенюк Т. М., 1984, и др.). Истерические проявления стали менее выраженными, но более упорными и длительными. Многие из них приобрели соматизированный характер. Учитывая последние данные о частоте встречаемости истерической психопатии (Фрейеров О. Е., 1961 - 17,3%, Шостакович Б. В., 1971- 19,3%, Ромасенко Л. В., 1985 - 23,4%), среди лиц, совершивших правонарушения, можно констатировать важность нашего исследования для судебно-психиатрической практики. Полиморфизм истерических проявлений, многообразие форм клинической динамики, патоморфоз истерического расстройства личности (Трофимов Б. А., 1986, Ромасенко Л. В., 1993, Хохлов Л. К., 1998, Гиндикин В. Я., 1998), делают диагностику и судебно-психиатрическую квалификацию динамических сдвигов предметом повышенного внимания и обуславливают актуальность изучения данной формы расстройства личности.

Уже С. И. Гольденберг в 1938 г. и А. Я. Левинсон в 1959 г., исследуя особенности истерического характера, отмечали появление «некоторой поверхностности и размытости в очертании истерической симптоматики по сравнению с классической истерией», и называли это «деградацией истерии». О редукции классических истерических симптомов много писали и зарубежные авторы Н. Binder, 1958-1960, R. Favier, 1964, S. Millet, 1965, A. Cenevaro, 1967 и др.

В. Я. Гиндикин и Б. В. Глаголев, 1971, В. А. Гурьева и Т. К. Кудеринов, 1980, исследуя вопросы динамики и формирования расстройств личности, а также клиническую картину соматогенных реакций, пришли к выводу, что по типам динамики и частоте встречаемости глубоких психопатий отмечается положительный патоморфоз, а также отметили признаки интернозоморфоза и интерсиндромального патоморфоза истерической психопатии. Касаясь патоморфоза реактивных состояний и психогений у лиц с истерическим расстройством личности, Н. И. Фелинская, 1974, В. Е. Пелипас, 1978, И. А. Кудрявцев, 1978, Т. А. Арсенюк, 1983, Г. В. Морозов, 1985, отмечали сужение ряда симптомов и синдромов в клинической картине реактивных состояний, их редукцию вплоть до исчезновения, особенно ярко это иллюстрировалось на примере снижения частоты возникновения конверсионных расстройств.

В. Я. Семке и Л. Я. Нохрина, 1980, обнаружили снижение функциональных истерических расстройств в двигательной сфере и среди нарушений чувствительности, значительное увеличение других форм патологии – вазомоторных, нейроэндокринных, вегетативных истерических стигм, латентной депрессии, сексуальных и «псевдосоматических» дисфункций. Они косвенно подтвердили предположение А. Fernandes, 1968, о наступлении «конца истерии и кульминации ипохондрии».

В результате выраженного патоморфоза истерических проявлений проблема стала актуальной и в судебной психиатрии, так как упомянутые выше изменения встречаются у лиц, совершающих правонарушения. Учитывая изменения структуры контингента психических больных, совершивших ООД, изменение удельного числа различных нозологий, многие судебные психиатры отмечали важность изучения патоморфоза истерического расстройства личности, как одного из ведущих состояний в судебно-психиатрической практике. С целью выявления клинко-диагностических закономерностей патоморфоза истерии, Л. В.

Ромасенко, 1993, сравнивая контингенты пациентов с истерией (реактивное состояние, невроз, расстройство личности) общесоматического, психиатрического и судебно-психиатрического стационаров, пришла к выводу, что патоморфоз истерии, в основе которого лежат адаптационные механизмы, привел к разноплановости динамики социального и психического функционирования пациентов, повысился показатель соматизации; произошло перераспределение ведущих клинических синдромов с увеличением доли патохарактерологических и невротических и резким снижением психотических синдромов.

В судебно-психиатрической практике частота и характер правонарушений у таких пациентов остались прежними, хотя клинические проявления подверглись общим тенденциям патоморфоза истерии.

Таким образом, следует признать наличие выраженного патоморфоза истерического расстройства личности, проявляющегося в последние годы. Этим продиктована необходимость детального анализа форм и разновидностей патоморфоза истерического расстройства личности, формулирования новых принципов судебно-психиатрической оценки при данной нозологии.

Сказанное выше определило цель и задачи нашего исследования:

**Целью исследования** явилось выяснение закономерностей патоморфоза истерического расстройства личности для определения его клинических границ на современном этапе, уточнения принципов его диагностики и судебно-психиатрической оценки.

Для достижения указанной цели предполагалось решение следующих задач:

- 1) Изучить особенности клиники и форм динамических сдвигов в связи с патоморфозом истерического расстройства личности и

выявить закономерности видоизменения его клинико-диагностических характеристик .

- 2) Уточнить понятия и клинико-диагностические критерии истерического расстройства личности в современных условиях.
- 3) Проанализировать характер противоправных действий, совершенных истерическими личностями и особенности их мотивации.
- 4) Уточнить и обосновать современные критерии судебно-психиатрической оценки истерического расстройства личности с учетом его патоморфоза.

Исследование проведено на базе ГНЦ им. В.П. Сербского. Анализ 178 испытуемых, проходивших ССПЭ в период с 1970 по 2000 г.г., которым были поставлены диагнозы «Истерическая психопатия», «Истерическое расстройство личности», был проведен по 517 признакам, включенным в следующие блоки: персонографический, биографический, криминологический, психопатологический, патопсихологический, комиссионного решения, принудительного лечения, структуры истерических расстройств. Спорные диагностические случаи, испытуемые, находившиеся в реактивных состояниях, а также случаи так называемых «постпроцессуальных психопатий» исключались из исследования.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Использовались также данные экспериментально-психологического (анализ заключений психологов-экспертов), катamnестического, статистического методов.

При анализе заключений психологов-экспертов учитывались данные методик, направленных на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц и поговорок,



пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (MMPI, уровень притязаний, шкала Спилбергера, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др. ).

Статистическая обработка материала проводилась в три этапа: 1 этап – сбор информации, ее кодирование, составление базы данных; 2 этап – собственно статистическая обработка данных с использованием батареи стандартных статистических методик (расчет статистических показателей, оценка достоверности результатов исследования, включая определение достоверности различия величин); 3 этап – использовались методы описательной статистики, корреляционный анализ.

\*\*\*

Научная новизна и практическая значимость исследования заключается в том, что впервые в отечественной практике судебно-психиатрической экспертизы на большом клиническом материале осуществлен сравнительный психопатологический и динамический анализ истерического расстройства личности, выявлены и описаны основные формы патоморфоза истерического расстройства личности в клиническом, клинико-динамическом, клинико-катамнестическом и судебно-психиатрическом аспектах.

Результаты работы могут быть использованы для уточнения принципов судебно-психиатрической оценки истерического расстройства личности и расстройств личности в целом, методические принципы и результаты проведенного исследования могут служить отправным пунктом для дальнейших научных разработок.

# Глава 1. Современное состояние проблемы.

---

Проблема патоморфоза в психиатрии впервые была поднята в конце 1920-х годов В. Гельпахом (W. Hellpach, 1929). Он же дал первое определение патоморфозу (pathos - болезнь + morphosis - формирование), определив его как «стойкое изменение клинических и морфологических проявлений психических болезней по сравнению с классическими их описаниями под влиянием различных факторов внешней среды, как биологических, так и социальных». Хотя о глубинных структурно-динамических сдвигах в клинике, течении и исходах болезней писал еще в 1910 г. В. К. Линдеман, только в 1930-е годы было преодолено консервативное мнение о стойкости, незыблемости нозологических форм. Психиатрия, «перешагнув рубеж юной науки, довольствующейся только накоплением фактов» (Каннабих Ю., 1928) приступила к их качественному анализу, и таким образом, открыла для себя патоморфоз, ранее уже известный большинству клинических дисциплин. Таким образом, учение о патоморфозе явилось естественным шагом в развитии нозологической концепции в психиатрии.

В настоящее время проблема патоморфоза психических расстройств становится все более актуальна. Преобразилась клиническая картина большинства психических расстройств, характер их течения, произошли значительные изменения во взглядах на патогенез, скорректированы подходы к лечению.

Я. Л. Рапопорт, 1982, подчеркивал, что психическим расстройствам свойственен общий патоморфоз болезней с

изменением реактивности, с тенденцией к снижению числа остродеструктивных, бурно протекающих картин заболеваний и тяготению к их вялому, торпидному течению. В настоящее время, как показал анализ последних публикаций, в зарубежной медицинской литературе термин «pathomorphosen», «pathomorphose», «pathomorphosis», применяется исключительно в таких областях, как патологическая анатомия, гистология, фармакология, микробиология, иммунология. Это вполне закономерно, поскольку проблема патоморфоза может существовать исключительно в рамках нозологического подхода, а при синдромальной оценке психических расстройств, нашедшей свое воплощение в современных классификациях (DSM-IV, DSM-V, ICD-X), на которой сегодня базируется зарубежная психиатрия, она автоматически теряет актуальность. Таким образом, в рамках нозологического подхода изменения в картине психических расстройств воспринимаются в качестве патоморфоза, в то время как в рамках синдромального подхода они вовсе не подвергаются клинической оценке. Этим, собственно, и обусловлено чрезвычайно малое количество зарубежных публикаций, посвященных проблеме патоморфоза психических расстройств.

Изучение патоморфоза вносит значительные коррективы в критерии нозологической диагностики и нозографии. В основном в понятие патоморфоза вкладывают значение появившегося под воздействием внутренних и внешних факторов стойкого изменения патогенетической сущности заболевания, которое находит свое отражение в изменении форм, клинической картины, течения, вплоть до исчезновения некоторых нозологий и появления новых. Ярким примером подобной динамики явилось исчезновение прогрессивного паралича (показательно, самой первой нозологической формы в психиатрии) (Аничков Н. Н., 1966) и стремительный рост числа

психических расстройств, патогномоничных синдрому приобретенного иммунодефицита.

\* \* \*

В процессе развития исследований в области патоморфоза психических расстройств стало очевидно, что обнаруженные явления также неоднородны и требуют более детальной спецификации.

В 1966 г. Н. Н. Аничков ввел понятие «нозоморфоза», что по существу является «патоморфозом соотношения между различными нозологическими единицами». С. Г. Жислин, 1965, Г. Я. Авруцкий, 1968 рассматривали существенные изменения синдромогенеза при психофармакологическом лечении психических заболеваний. В 1975 г. Г. Я. Авруцким было описано формирование незавершенных психопатологических синдромов в процессе нейрорепитивной терапии у больных шизофренией, где он разделял точку зрения С. Г. Жислина о «широкой проблеме патоморфоза шизофрении», и отмечал, что в таких случаях следует говорить о «динамике психопатологических явлений в ходе воздействия терапии на клинику», считая допустимым употребление терминов кратковременного и длительного патоморфоза. Стойкие изменения в течении отдельных психозов Г. Я. Авруцкий называл динамическим патоморфозом.

Эти понятия были широко использованы в работе Л. К. Хохлова, 1974, где он выделил следующие варианты длительного патоморфоза: интернозоморфоз, т.е. изменение между различными нозологическими единицами (нозоморфоз по Н. Н. Аничкову); интранозоморфоз – изменение клинической картины психического расстройства в пределах свойственных ему синдромов, соотношения

симптомокомплексов, соотношения между формами течения внутри одной нозологии.

Вслед за Г. Я. Авруцким Л. К. Хохлов, 1977, описывал динамический патоморфоз, который разделил на два варианта по характеру и динамике клинических проявлений: интердинамический – изменение соотношения между формами течения и интрадинамический – изменение развития синдромов или их последовательности в рамках одной нозологии. Интерсиндромальный патоморфоз включает в себя понятие изменения соотношений симптомов в составе синдромов, а под интрасиндромальным патоморфозом следует понимать, что эти изменения происходят в каком-то одном синдроме. Также Л. К. Хохлов предложил разделить весь патоморфоз по форме и качеству симптомов на гомогенный и гетерогенный. В первом случае симптомы являются наиболее свойственными данной измененной нозологии, а во втором случае происходит качественный скачок, когда появляются симптомы не свойственные ранее этому заболеванию.

Введенный в 1975 году Г. Я. Авруцким принцип деления патоморфоза по отношению к здоровью населения на отрицательный и положительный, а также предложенное в 1980 г С. Ф. Семеновым определение положительного патоморфоза как «нормоморфоза», нашло свое отражение в работе И. И. Кутькова, 1980, который, исследуя депрессии различного генеза пришел к выводу, что прослеживается тенденция к соматизации, а также замечен количественный сдвиг от тяжелых форм к маскированным депрессиям и расстройствам субдепрессивного характера со склонностью к более затяжному течению.

В 1979 году В. Г. Корнетов и В. П. Самохвалов предложили разделить патоморфоз психических заболеваний по происхождению на две группы: эндогенный и экзогенный патоморфоз. Они также описывали явление так называемого возрастного патоморфоза психических заболеваний на примере наркоманий.

О генетическом патоморфозе, связанном с эволюцией генотипа, обусловленной повышением гетерозиготности населения вследствие мировой тенденции увеличения миграции, писал в 1981 г. А. Е. Двирский. Автор подтверждал свои выводы на примере использования генетических исследований и популяционного анализа населения, а также указывал на патоморфоз психических болезней в связи с появлением новых психических расстройств.

О фармакологическом истинном патоморфозе писали Г. Я. Авруцкий, 1975, С.Ф. Семенов, 1980, А. В. Снежневский, 1983, и др.

Влияние на проявление бредовых расстройств культурно-исторических факторов описывали А.В. Снежневский (1975), Р. Deniker (1977), С. Б. Семичов (1978). Они отмечали, что содержание продуктивной бредовой и галлюцинаторной симптоматики меняется на протяжении веков и является точным отображением социально-детерминированных условий.

В 1982 году Б. В. Шостакович и Г.В. Морозов описали явления социокультурального патоморфоза психических заболеваний, обусловленного изменением психологической ценностной ориентации и взаимоотношений между различными группами людей в связи с резким увеличением объема поступающей информации и повышением культурно-образовательного уровня.

Изучая влияния изменений физических и биохимических условий жизни на психику человека, Н. Е. Бачеригов, 1978, описал еще один вид патоморфоза психических заболеваний –

экологический. Он считает, что изменения в окружающей среде человека, загрязнение биосферы ведут к аллергизации и изменению иммунореактивности организма человека, а также указывает на патологическое влияние избыточного электромагнитного и радиационного уровня планеты.

Структурно-динамические изменения различного характера были описаны целым рядом авторов для многих пограничных психических заболеваний. W. M. Tramer, 1952, H. Steck, 1952, W. Doer, 1956, A. B. Снежневский, 1961-1971, O.B. Кербиков, 1962-1964, В.П. Белов, 1966, А.К. Качаев, 1970, Б.А. Целибеев, 1970-1975, Г.В. Морозов, 1972-1979, В.Е. Пелипас, 1974, Н.И. Фелинская, 1975-1979, S. Minoque, 1975, C. Astrup, 1975, И.А. Кудрявцев, 1979, В.Я. Семке, 1980, Б.А. Трифонов, 1980 и др. в своих работах предлагали самые разнообразные концепции патоморфоза психических расстройств и выделяли его самостоятельные формы. Однако в середине 1980-х годов исследования в области патоморфоза психических расстройств начали сокращаться, вероятно из-за все возрастающего влияния синдромальных подходов.

В 1989 г. В. В. Ковалев систематизировал знания о патоморфозе психических расстройств. В основу типологии патоморфоза им был положен этиологический признак. Было выделено 3 основных типа патоморфоза: биологический, социальный, смешанный. Биологический патоморфоз включает в себя генетический, экологический и терапевтический. Социальный патоморфоз: социо-культуральный, демографический, врачебный. Группу смешанного патоморфоза составили возрастной, половой, популяционный виды патоморфоза. Эта типология, которую можно для наглядности изобразить в виде схемы (см. схему 1), используется в нашем исследовании.

Современная концепция истерии подразумевает существование континуума истерических расстройств, включающих истерические психозы, истерический невроз, истерическую

психопатию, истерическое развитие личности, истерическую акцентуацию характера (Леонгард К., 1982, Семке В. Я., 1988). Для всех форм, составляющих данный континуум, патоморфоз является объективной клинической данностью.

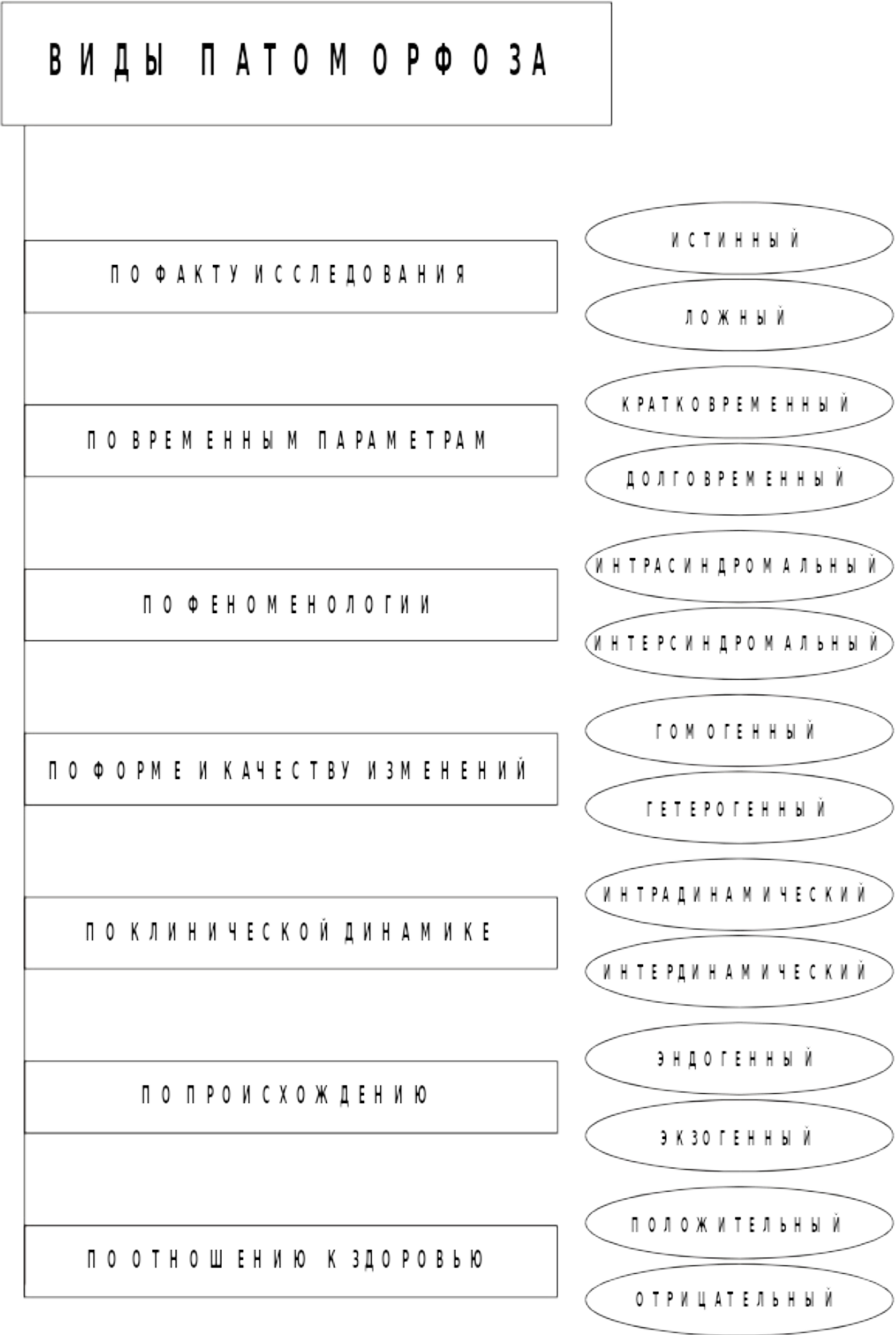
Касаясь патоморфоза реактивных состояний и психогений, Н. И. Фелинская, 1977, Г. В. Морозов, Б. В. Шостакович, 1981, Т. А. Арсенюк, 1988, В. Е. Пелипас, 1989, и И. А. Кудрявцев, 1984, отмечали сужение целого ряда симптомов и синдромов в клинике реактивных состояний, их редукцию вплоть до исчезновения, особенно ярко это иллюстрировалось на примере снижения конверсионных расстройств.

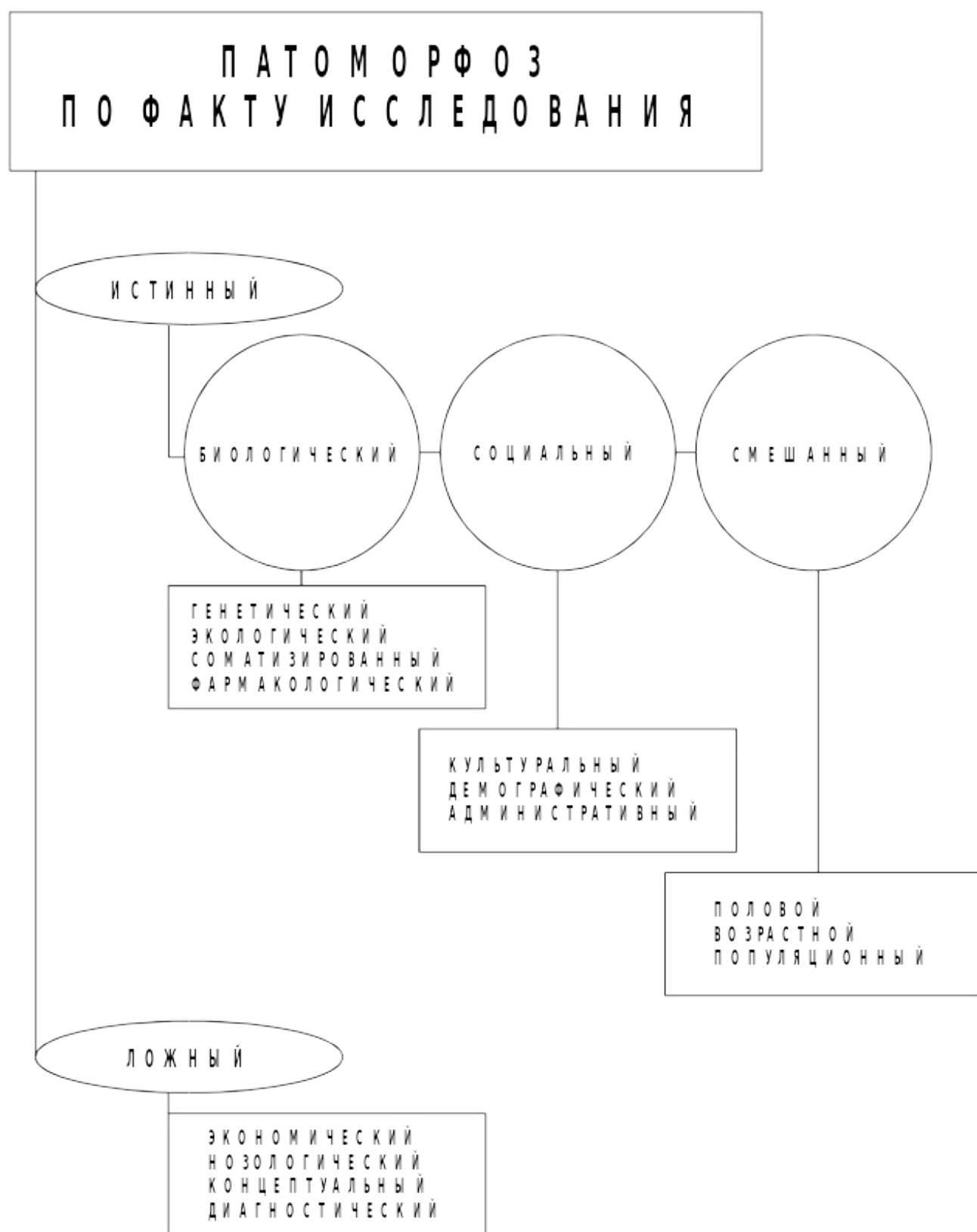
О редукции классических истерических симптомов писали и зарубежные авторы: Н. Binder, 1958-1960, М. Favier, 1964, А. Cenevaro, 1967, Р. Millet, 1965, К. Н'оск, 1976, Р. Deniker, 1977 и др. Они отмечали, что истерические проявления имеют в своей основе адаптационные механизмы, и носят биосоциальный оттенок. Происходит перераспределение ведущих клинических синдромов истерических расстройств, независимо от варианта истерии. Происходит снижение числа истерических психотических проявлений. Авторы также указывают на «значительное снижение числа больших истерических припадков», «истерических дуг», двигательных конверсионных расстройств в пользу нарастания собственно характерологических изменений.

Proper M. W., Randolph E. T., 1991, Small G.W., Fibers D. T., 1994, проанализировали исчезновение «истерических эпидемий» в странах Западной Европы и Северной Америки. Они отметили в качестве причин увеличение базисных социокультуральных показателей, информатизации общества и улучшение качества жизни в этих регионах в целом.



СХЕМА 1. ВИДЫ ПАТОМОРФОЗА.





Согласно распространенному в настоящее время мнению, снижение общей тяжести истерической симптоматики, «деградация

истерии» до психопатических и невротических форм является отражением стремительного развития общества в последние десятилетия. Bartholomew R. E. в 1996 году описал истерические эпидемии синдрома «коро» у аборигенов Южной Австралии. В книге, посвященной истории возникновения «истерических эпидемий» в качестве главной причины указывает низкий общеобразовательный уровень населения. В странах с высоким культурным уровнем подобные явления почти не встречаются.

Таким образом, можно констатировать преобладание на современном этапе в клинике истерии именно личностных, патохарактерологических, психопатических форм, протекающих с незначительным числом обострений, декомпенсаций различного характера, пришедших на смену развернутым истерическим психозам.

\* \* \*

В отличие от психозов патоморфоз невротических форм имеет не столь однозначный и не всегда благоприятный характер. Во многих работах подчеркивается тенденция к более длительному, затяжному течению и формированию невротического развития, к смешению основных клинических форм, возрастанию удельного веса депрессивных расстройств и склонности к соматизации невротических проявлений (Асатиани Н.М., 1974, Крыжановский А.В., 1975, Ковалев В.В., 1979, Арсенюк Т.М., 1982, Матвеева Е.С., 1990, Александровский Ю.А., 1993, А.М. Вейн, 1995). Анализируя патоморфоз невротических форм, Б. Д. Карвасарский, 1980, отмечает, что невротическое развитие в условиях хронического психоэмоционального напряжения и трудноразрешимых (или субъективно неразрешимых) психотравмирующих ситуациях чаще идет по пути невротической депрессии. Основное проявление невротической депрессии - снижение настроения - сочетается с эмоциональной лабильностью, тревогой, бессонницей, снижением аппетита и похуданием, а в социальном плане - падением

производственной и общественной активности. Однако угнетенное настроение чаще ограничивается проблемами конфликтной ситуации. Важно, что сохраняются основные качества личности, критика к своему состоянию, осознается связь болезни с психотравмирующей ситуацией и есть стремление разрешить конфликт.

О патоморфозе истерического невроза писали Н. Д. Лакосина и З. Г. Костюнина, 1987, Абабков В.А., 1992. Они указывали на большое количество жалоб соматического характера у таких пациентов, выраженные вегетососудистые нарушения и различные расстройства по типу сенсорных стигм. О. О. Чабан, 2000 исследовал проблему патоморфоза неврозов, а именно конверсии невротических синдромов и показал переход одних синдромов в другие при различных невротических нозологиях. Б. Н. Пивень, О. А. Голдобина, 1998, отмечали, что в патогенезе патоморфоза невротических расстройств большую роль стали играть сочетания разных психогенных воздействий и особенно психогенные многофакторные ситуации со смещением значимости с семейно-личностных на социально-экономические факторы.

\* \* \*

Наиболее пристальное внимание исследований всегда было направлено на истерическое расстройство личности. В контексте изучения расстройств личности проблема патоморфоза стоит на одном из первых мест. Уже в 1930 г. Е. К. Краснушкин, выдвигая концепцию «психопатических синдромов жизненных форм психопатий», зависящих от соответствующей общественной среды и исторической эпохи, указывал на некоторые изменения клиники психопатий, ссылаясь на свои работы о вредных воздействиях атмосферы войны на формирование психики у молодых солдат и лиц гражданского населения. М. М. Исаев, 1947, а также В. Н. Мясищев, 1948, в своих работах отмечали изменение клинических

характеристик психопатий и указывали на роль «приобретенного предрасположения» в их развитии.

С.И. Гольденберг в 1938 году отмечал появление некоторой поверхностности и размытости в очертании истерической симптоматики по сравнению с классической истерией, называл это «деградацией истерии». В исследовании А.Я. Левинсон, 1959, описывалось появление целой группы аморфных и мало похожих на истерическую аффективно-неустойчивых психопатий, которые «не имеют своего целостного типического лица», а также автор отмечала патоморфоз психопатий в виде смягчения их клинической динамики. Voery R., Caraceni T., 1969, подвергая анализу патоморфоз истерического расстройства личности, указывали в качестве главных причин социокультуральные факторы и факторы изменения экологической обстановки и окружающей среды человека.

Исследование патоморфоза истерической психопатии велось в последние годы по многим направлениям.

И.М. Сливко, 1965, писал об изменении клинической картины истерии, что произошел сдвиг заболеваемости истерии от более молодого возраста к более пожилому. В. И. Посохова и В. К. Ахмерова, 1985, отмечали, что возрастные особенности патоморфоза расстройств личности обнаруживались в большинстве случаев еще в допубертатном периоде, когда отдельные патохарактерологические особенности личности претерпевали динамику, и в постепенном формировании расстройств личности с началом пубертатного криза происходил значительный количественный сдвиг, отображающий проявление, глубину и выраженность личностного расстройства.

А.О. Фильц, 1986, провел клинико-генеалогическое исследование лиц с истерической психопатией и пришел к выводу, что формирование ее ядерного варианта определяется в значительной степени генетическими механизмами, а также

обратил внимание на изменение общей клинической картины этой психической аномалии.

Г. Я. Гиндикин, Б. В. Глаголев, 1971, В. А. Гурьева и Т. К. Кудеринов, 1980, исследовали вопросы динамики и формирования психопатий, а также клинику соматогенных реакций. Авторы пришли к выводу, что по типам динамики и частоте глубоких психопатий отмечается положительный патоморфоз, отметили признаки интернозоморфоза и интерсиндромального патоморфоза истерической психопатии. Л. В. Гусинская, 1979, указывала на изменения в клинической картине истерической психопатии и в динамической картине этого расстройства личности на примере подэкспертных, проходивших судебно-психиатрическое освидетельствование.

В. Я. Семке, 1988, обобщил результаты клинко-диагностического, патогенетического и катамнестического изучения истерических состояний. В результате клинко-патогенетического анализа автор выявил нозологическое родство истерических состояний, представленное общностью предрасполагающих, этиологических, патогенетических факторов и клинко-динамических соотношений. Дифференцировал три стадии становления истерической психопатии и обращал основное внимание на ее возрастную динамику. Также поддерживал точку зрения В. А. Гурьевой, 1979, Б. В. Шостаковича, 1981, Т. П. Печерниковой, 1985, и Л. В. Гусинской, 1977, на психопатическую трансформацию в позднем возрасте. Клинко-катамнестическим путем определил варианты динамики истерической психопатии с установлением их особенностей в зависимости от возрастного периода.

Л. В. Ромасенко, 1993, сравнивая контингенты пациентов с истерией (реактивное состояние, невроз, психопатия) общесоматического, психиатрического и судебно-психиатрического стационаров, выявила нарастание соматизации,

патохарактерологических черт, невротических форм динамики, рост экзогенных вредностей.

Таким образом, в современной картине истерии присутствуют практически все выделенные к настоящему времени (см. схему 1) формы патоморфоза. Их значение определяется изменившимся характером течения и соотношения клинических форм, что существенным образом влияет на характер медикаментозного, психотерапевтического лечения, лечебные тактики, прогноз. В результате выраженного патоморфоза истерических проявлений проблема стала очень актуальной и в судебной психиатрии, так как упомянутые выше изменения коснулись контингента лиц, совершивших различного рода правонарушения. Таким образом, влияние патоморфоза истерических состояний распространилось в существенной степени и на судебно-психиатрическую оценку.

\* \* \*

Ф. В. Кондратьев, 1985, предложил рассматривать вопрос о судебно-психиатрическом значении патоморфоза психических заболеваний в семи следующих аспектах: 1) клиническом; 2) социально-адаптационном; 3) дифференциально-диагностическом; 4) собственно экспертном; 5) выбора принудительных мер медицинского характера; 6) выбора тактики проведения принудительного лечения; 7) организации внебольничных мероприятий для профилактики повторных правонарушений.

Учитывая изменения структуры контингента психических больных совершивших ООД, и изменение удельного числа в соотношении различных нозологий в судебно-психиатрической практике, Т. П. Печерникова, К. Л. Иммерман, Э. С. Наталевич, Е. Я. Щукина, Я. Л. Ландау, И. Н. Боброва, А. Р. Мохонько, Б. В. Шостакович в 1985 г. характеризовали частные патоморфологические клинические аспекты различных нозологий. Они констатировали признаки положительного патоморфоза во многих психических заболеваниях. Авторы свидетельствовали в

пользу изменений прогредиентности процесса многих психических заболеваний, увеличении вялотекущих и подострых форм со стойкими терапевтическими ремиссиями, а также структурных изменений самого нозологического состава контингента испытуемых в судебно-психиатрической клинике, где возросло количество больных с алкоголизмом, умственной отсталостью и психопатиями за счет снижения числа правонарушителей с реактивными психозами, эпилепсией и острыми шизофреническим психозом. В то же время всеми авторами отмечалось выраженное изменение в клинике и течении истерического расстройства личности, подчеркивалась необходимость детального изучения новых особенностей истерической психопатии, в частности – применительно к задачам судебно-психиатрической практики.

Хотя структура правонарушений лиц с истерическим расстройством личности осталась стабильной, а клинические проявления подверглись общим вышеуказанным тенденциям патоморфоза истерии, так же оставались еще глубокими патохарактерологические особенности у истерических психопатов, что было осложнено также дополнительными экзогенными вредностями (Ромасенко Л. В., 1993). Сложившаяся картина требует более детальной разработки и качественной переоценки, что связано с изменениями и в клинике истерии, и в более дифференцированных подходах к судебно-психиатрической диагностике, заложенных в современном законодательстве (в частности, появление в УК РФ 1996 г. ст. 22).

Сказанное выше определило актуальность и своевременность настоящего исследования.



## **Глава 2. Характеристика клинического материала.**

---

Исследование проведено на базе ГНЦ им. В.П. Сербского. Первую группу составили 40 мужчин с диагнозом “истерическая психопатия”, проходивших ССПЭ в Центре с 1970 г. по 1971 г. Вторую группу составили 89 человек с диагнозом «истерическое расстройство личности», прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в 1999-2000 гг. Третья группа – катamnестическая - 42 человека, испытуемые, неоднократно поступавшие в Центр на экспертизу, с 1956 г. по 2000 г. Подобный выбор групп был обусловлен следующими предпосылками: (1) сравнительный анализ показателей испытуемых, составивших 3 группу позволил выделить клинические признаки, характеризующие динамику расстройства личности у отдельных пациентов (катamnестический аспект); (2) анализ показателей испытуемых 1 и 2 групп позволил выделить признаки, характеризующие групповые изменения клиники истерического расстройства личности на протяжении ряда лет; (3) сравнительный анализ показателей испытуемых 2 и 3\* (повторное поступление) групп позволяет определить феномены, общие для двух поколений правонарушителей, обнаруживающих истерическое расстройство личности, составляющих ядро клинических формообразующих признаков, характеризующих истерическое расстройство личности, как самостоятельную нозологическую форму.

Анализ персонифицированных данных проводился по 48 показателям. Средний возраст испытуемых составил: 1 группа = 26,6 лет; 2 группа = 32,3 лет; 3 группа в период первого поступления в Центр = 22,5 лет; и эта же группа испытуемых в

период повторного поступления на СПЭ = 39,7 лет. (3\* группа)

Распределение по возрастным группам показало, что преобладали испытуемые молодого возраста, но в первой и третьей группах испытуемые в возрасте 19-25 лет встречались достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), в то время как во второй группе достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) встречались лица в возрасте 26-35 лет.

Преобладание в группах первой и третьей испытуемых более молодого возраста может служить косвенным отражением глубины и выраженности истерического личностного расстройства в этих группах по отношению к второй группе, поскольку возраст на момент совершения правонарушения говорит о наступившей социальной дезадаптации и ранее наступление ее свидетельствует о быстрых темпах развития расстройства личности и большей «ситуационной уязвимости» лиц, отнесенных к этим группам. Также обращает внимание достоверное различие между первой и третьей группой, так как процент лиц, совершивших правонарушение в возрасте 19-25 лет больше, что также свидетельствует о выраженности психопатических черт характера, которые лежали в основе более стойкой социальной декомпенсации этих лиц, способствовавшей совершению повторных правонарушений.

Табл.1 Распределение испытуемых по возрастным группам.

|           | 19-25 лет |      | 26-35 лет |      | 36-45 лет |      | больше 46 лет |      |
|-----------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|---------------|------|
|           | №         | %    | №         | %    | №         | %    | №             | %    |
| 1 группа  | 15 *      | 37,5 | 15*       | 37,5 | 7         | 17,5 | 3             | 7,5  |
| 2 группа  | 24*       | 26,9 | 47*       | 52,8 | 12        | 13,4 | 6             | 6,7  |
| 3 группа  | 20*       | 47,6 | 16*       | 38,4 | 4*        | 9,5  | 2             | 4,7  |
| 3* группа | 5*        | 11,9 | 13        | 30,9 | 17        | 40,4 | 7             | 16,6 |

\* - обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Анализ семейного статуса позволил выявить, что среди испытуемых первой и третьей группы большинство состояли в браке или находились на момент освидетельствования в разводе, тогда как испытуемые второй группы в брак вступали значительно реже. Испытуемые первой и третьей групп неоднократно вступали в брак, нежели испытуемые второй группы, а также эти испытуемые стремились заводить детей. Также выявляются достоверные

различия между испытуемыми первой и третьей групп. Браки в первой группе распадались реже, что свидетельствует о лучшей коммуникативной адаптированности этих испытуемых. Для испытуемых первой группы внутри семьи также были наиболее характерны теплые отношения с супругами, напротив, во второй группе и четвертой группе этот показатель не очень высокий. Общее количество браков составило в первой группе-2,8; во второй группе - 0,9; в третьей группе - 2,3, в 3\* группе -3,2 брака на одного испытуемого (см. табл. 2)

Как следует из данных, приведенных в таблице, подавляющее большинство испытуемых стремилось занять в брачных отношениях доминирующую позицию, что соответствует патохарактерологическому радикалу истерического расстройства личности. Также обращает внимание на себя тот факт, что среднее количество детей на один брак во второй группе значительно меньше, по сравнению с другими группами.

Табл. 2 Семейное положение испытуемых

|          | Состоят в браке   |       | Состояли в браке ранее   |       | Наличие детей          |       |
|----------|-------------------|-------|--------------------------|-------|------------------------|-------|
|          | №                 | %     | №                        | %     | №                      | %     |
| 1 группа | 26                | 65    | 12                       | 30    | 23                     | 57,5* |
| 2 группа | 21*               | 23,25 | 22*                      | 24,7  | 24                     | 26,9  |
| 3 группа | 12                | 28,57 | 11                       | 26,2  | 13                     | 30,9  |
| 3*группа | 15                | 35,7  | 18                       | 42,85 | 14                     | 33,3  |
|          | Хорошие отношения |       | Плохие отношения в браке |       | Безразличные отношения |       |
|          | №                 | %     | №                        | %     | №                      | %     |
| 1 группа | 21*               | 52,5  | 8                        | 20    | 11                     | 27,5  |
| 2 группа | 20                | 22,4  | 47*                      | 52,8  | 23*                    | 25,8  |
| 3 группа | 15                | 35,7  | 10                       | 23,8  | 3                      | 7,1   |
| 3*группа | 11                | 26,1  | 14                       | 33,3  | 5                      | 11,9  |

\*- обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Табл. 3. Отношения в браке.

|           | Доминантная роль в браке |      | Равноправные отношения |      | Подчиненная роль |     |
|-----------|--------------------------|------|------------------------|------|------------------|-----|
|           | №                        | %    | №                      | %    | №                | %   |
| 1 группа  | 14                       | 35   | 6                      | 15   | 3                | 7,5 |
| 2 группа  | 30*                      | 33,7 | 9                      | 10,1 | 4                | 4,4 |
| 3 группа  | 12                       | 28,5 | 3                      | 7,1  | 0                | 0   |
| 3* группа | 13                       | 30,9 | 4                      | 9,5  | 0                | 0   |

\*обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Таким образом, испытуемые первой группы оказались более адаптированными в семейном плане, обнаруживали лучший эмоциональный контакт внутри своих семей. Полученные данные могут свидетельствовать о современной тенденции снижения количества официально зарегистрированных брачных отношений, а также подтверждают данные об общем снижении рождаемости в стране. Также эти результаты могут косвенно указывать о снижении общей коммуникативной адаптации, трудностям в общении, нарастании замкнутости.

Образовательный уровень испытуемых в сравнении со средними показателями по стране в соответствии с данными Госкомстата РФ 1999г. практически не имеет существенных различий. Обращает на себя внимание, что во второй группе количество испытуемых с незаконченным и полным высшим образованием значительно больше, чем в других группах. В первой группе многие испытуемые продолжали свое образование в средних специальных и профессионально-технических учебных учреждениях. В третьей группе лишь немногие испытуемые после

отбывания срока наказания продолжали повышать свой образовательный уровень в школах рабочей молодежи, профессиональных училищах, двое закончили высшие учебные заведения.

Табл. 4. Образовательный уровень испытуемых.

|           | Начальное среднее            |       | Неполное среднее |       | Среднее образование |       | Среднее специальное   |       |
|-----------|------------------------------|-------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------|-------|
|           | №                            | %     | №                | %     | №                   | %     | №                     | %     |
| 1 группа  | 0                            | 0     | 6                | 15    | 34                  | 85    | 10                    | 25    |
| 2 группа  | 2                            | 2,24  | 11               | 12,35 | 38                  | 42,69 | 28                    | 31,46 |
| 3 группа  | 1                            | 4,2   | 15               | 35,17 | 23                  | 54,76 | 14                    | 33,3  |
| 3* группа | 0                            | 0     | 16               | 37,09 | 23                  | 54,76 | 15                    | 35,7  |
|           | Профессиональное образование |       | Неполное высшее  |       | Высшее образование  |       | Вспомогательная школа |       |
|           | №                            | %     | №                | %     | №                   | %     | №                     | %     |
| 1 группа  | 2                            | 5     | 6                | 15    | 10                  | 2,5   | 0                     | 0     |
| 2 группа  | 9                            | 10,1  | 9                | 10,1  | 12                  | 13,48 | 2                     | 2,24  |
| 3 группа  | 5                            | 11,9  | 4                | 9,52  | 1                   | 4,76  | 1                     | 2,38  |
| 3* группа | 6                            | 14,28 | 2                | 4,76  | 2                   | 4,76  | 1                     | 2,38  |

Как видно из данных, приведенных в табл. 5, успеваемость испытуемых в основном удовлетворительная, несмотря на неплохие способности. Многие испытуемые в младшем школьном возрасте имели хорошую успеваемость, которая вследствие ряда причин (потеря интереса к обучению, проблемы дома и т.д.) в старших классах снижалась.

Ряд современных авторов сталкиваясь с подобными данными как в нашем исследовании, в качестве рабочей гипотезы утверждают, что эти лица отличаются именно диссоциальным радикалом, который проявляется с детского возраста, когда несмотря на хорошие способности, ученики, не испытывающие интереса либо к преподаваемой дисциплине, либо к личности самого преподавателя, бросают обучение (Simonian S.J.1991, Harris G.T. et all 1994, Осницкий А.В.1997).

Табл.5. Успеваемость

|          | Дублировали |      | Посредствен |      | Хорошая |      | Отличная |      |
|----------|-------------|------|-------------|------|---------|------|----------|------|
|          | №           | %    | №           | %    | №       | %    | №        | %    |
| 1 группа | 5           | 12,5 | 14          | 35   | 18      | 45   | 10       | 23,8 |
| 2 группа | 12          | 13,4 | 45          | 50,5 | 27      | 30,3 | 17       | 19,1 |
| 3 группа | 11          | 26,1 | 30          | 71,4 | 10      | 23,8 | 1        | 2,38 |

Данные, приведенные в табл. 6, показывают, что большинство испытуемых, как в первой, так и во второй группах служили в армии, но более половины из них были комиссованы по психическому и реже соматическому заболеванию. Многие испытуемые, годные к строевой службе, не призывались на действительную службу в связи с привлечением к уголовной ответственности или в связи с обучением в высших учебных заведениях.

При анализе трудового анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что значительная часть испытуемых на момент привлечения к уголовной ответственности не имело никакой работы, особенно, это касается испытуемых второй группы. 24% испытуемых второй группы при задержании не имели рабочего места более года, перебиваясь случайными заработками и мелкими кражами. Многие испытуемые работали со снижением квалификации или занимались неквалифицированным физическим

трудом.

Необходимо отметить, что уровень безработицы, не зависел от уровня образования. Так уровень образования во второй группе был намного выше, чем в других, а уровень безработицы составил почти половину выборки этой группы. Более высокий уровень образования позволял претендовать на хорошие рабочие места, требующие высокой квалификации.

Табл.6. Служба в Армии.

|          | Проходили службу |      | Освобождены от службы |    | По психическому заболеванию |      | По соматическому заболеванию |      |
|----------|------------------|------|-----------------------|----|-----------------------------|------|------------------------------|------|
|          | №                | %    | №                     | %  | №                           | %    | №                            | %    |
| 1 группа | 22               | 55   | 8*                    | 20 | 7*                          | 17,5 | 1                            | 2,5  |
| 2 группа | 39*              | 43,8 | 42                    | 47 | 24                          | 26,9 | 21*                          | 23,5 |
| 3 группа | 16               | 38   | 16*                   | 38 | 11                          | 26   | 5                            | 11,9 |

|          | Комиссованы со службы |      | По психическому забол. |      | По соматическому заболеванию |      | Внешние дефекты |      |
|----------|-----------------------|------|------------------------|------|------------------------------|------|-----------------|------|
|          | №                     | %    | №                      | %    | №                            | %    | №               | %    |
| 1 группа | 6                     | 15   | 5                      | 12,5 | 1                            | 2,5  | 5               | 12,5 |
| 2 группа | 14                    | 15,7 | 11                     | 12,3 | 3                            | 3,37 | 8               | 8,98 |
| 3 группа | 11                    | 26,3 | 9                      | 21,4 | 2                            | 4,7  | 2               | 4,7  |

\*обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Табл.7. Трудовая занятость испытуемых.

|          | Не работают |    | Неквалифицированный труд |      | Квалифицированный труд |     | Умственный труд |      | Творческий труд |     |
|----------|-------------|----|--------------------------|------|------------------------|-----|-----------------|------|-----------------|-----|
|          | №           | %  | №                        | %    | №                      | %   | №               | %    | №               | %   |
| 1 группа | 14          | 35 | 11                       | 27,5 | 8                      | *20 | 3               | 7,5* | 3               | 7,5 |

|              |         |          |    |      |    |      |    |          |    |           |
|--------------|---------|----------|----|------|----|------|----|----------|----|-----------|
| 2<br>группа  | 39<br>* | 44,<br>8 | 18 | 20,4 | 16 | 17,9 | 6  | 6,7      | 11 | *12,<br>3 |
| 3<br>группа  | 13      | 30       | 17 | 40,7 | 6  | 14,2 | 1  | 2,3<br>5 | 2  | 4,7       |
| 3*<br>группа | 19<br>* | 45,<br>2 | 12 | 28,5 | 7  | 16,6 | 1* | 2,3<br>5 | 3  | 7,1       |
| Всего        | 83      | 46,<br>8 | 56 | 31,4 | 37 | 20,7 | 11 | 6,1<br>7 | 19 | 10,6      |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) по группам

Таким образом, при анализе персонуграфических данных обнаруживаются следующие тенденции. Испытуемые из первой группы по ряду показателей были близки к испытуемым третьей группы и наоборот, выявлялись значительные различия между испытуемыми первой и второй групп. Испытуемые из первой и, особенно, третьей группы привлекались к уголовной ответственности значительно раньше испытуемых второй группы. Это может служить косвенным признаком ранней социальной дезадаптации, обусловленной большей выраженностью истерического расстройства личности, меньшей устойчивостью к провоцирующим социально-неблагоприятным ситуациям. Для испытуемых третьей и первой групп было присуще стремление к вступлению в брак, тогда как испытуемые второй группы к вступлению в официальные брачные отношения не стремились или проживали в гражданском браке. Также испытуемые из второй группы имели значительно меньше детей в браке, больший процент напряженных отношений в семье (с родителями, с супругами, если состояли в браке), что может свидетельствовать о глубине личностных расстройств, о появлении качеств, не присущих классической картине истерического расстройства личности. Такие качества как раздражительность, неуживчивость, конфликтность,



мнимое чувство превосходства над окружающими, приводящие к стремлению вести уединенный образ жизни, замкнутость, приводили при обучении к трудностям общения с педагогами школ и возникшими коммуникативными препятствиями в общении со сверстниками.

Табл.8. Соотношение образования и трудовой деятельности испытуемых.

|              | Не работают |      | Неквалифицир. труд |      | Квалифицир. труд |      | Умственный труд |      | Творческий труд |      |
|--------------|-------------|------|--------------------|------|------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
|              | №           | %    | №                  | %    | №                | %    | №               | %    | №               | %    |
| 1 группа     |             |      |                    |      |                  |      |                 |      |                 |      |
| Неполное ср  | 2           | 5    | 3                  | 7,5  | -                | -    | -               | -    | -               | -    |
| Среднее      | 7           | 17,5 | 6                  | 15   | 6                | 15   | -               | -    | 1               | 2,5  |
| Ср.-специал. | 1           | 2,5  | 1                  | 2,5  | 7                | 17,5 | -               | -    | 1               | 2,5  |
| Непол высш.  | 2           | 5    | 1                  | 2,5  | -                | -    | 2*              | 5    | 2               | 5    |
| 2 группа     |             |      |                    |      |                  |      |                 |      |                 |      |
| Неполное ср  | 9           | 10,1 | 1                  | 1,12 | -                | -    | -               | -    | 1               | 1,12 |
| Среднее      | 14          | 15,5 | 12*                | 13,4 | 7                | 7,87 | 1               | 1,12 | 3               | 3,36 |
| Ср.-специал. | 12          | 13,4 | 12                 | 13,4 | 10               | 11,2 | 1               | 1,12 | 2               | 2,24 |
| Непол высш.  | 4*          | 4,49 | 1                  | 1,12 | 1                | 1,12 | 2*              | 2,24 | 1               | 1,12 |
| 3 группа     |             |      |                    |      |                  |      |                 |      |                 |      |
| Неполное ср  | 8           | 19   | 6                  | 14,2 | 1                | 2,38 | -               | -    | -               | -    |
| Среднее      | 3           | 7,14 | 7                  | 16,6 | 6                | 14,2 | -               | -    | 1               | 2,38 |
| Ср.-специал. | 2           | 4,76 | 7                  | 16,6 | 4                | 9,52 | -               | -    | 1               | 2,38 |
| Непол высш.  | 1           | 2,38 | 1                  | 2,38 | --               | -    | 1               | 2,38 | 1               | 2,38 |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Анализ биографических данных испытуемых проводился по 94 показателям. У большинства испытуемых во всех группах отмечались наследственная отягощенность психическими расстройствами. Обращает на себя внимание тот факт, что 3 группа оказались наиболее неблагополучной по фактору отягощенной

наследственности. Многие испытуемые отмечали у своих отцов признаки хронического алкоголизма, а также широко было распространено бытовое пьянство среди родственников (см. табл. 9).

Различия также обнаруживаются при сравнении результатов неонатальной патологии у испытуемых в детстве. Течение беременности у матерей испытуемых в подавляющем большинстве случаев было нормальным. В основном наличие токсикозов в акушерско-гинекологическом анамнезе отмечалось у испытуемых второй группы. У испытуемых первой и третьей групп чаще у матерей встречалась многоплодная беременность, а также беременность в подростковом и позднем возрасте.

Табл. 9. Внутрисемейная патология по группам испытуемых.

| Тип патологии | Эндогенные психозы |      | Расстройства личности |      | Алкоголизм и пьянство |      | Другие ... |      | Соматическая патология |      |
|---------------|--------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|------------|------|------------------------|------|
|               | №                  | %    | №                     | %    | №                     | %    | №          | %    | №                      | %    |
| 1 группа      |                    |      |                       |      |                       |      |            |      |                        |      |
| У отца        | -                  | -    | 12                    | 30.  | 18                    | 42,8 | 4          | 10   | 4                      | 10   |
| У матери      | 5                  | 12,5 | 3                     | 7,5  | 5                     | 12,5 | 6          | 15   | 8                      | 20   |
| У близ. род.  | 6                  | 15   | 15                    | 37,5 | 16                    | 40   | 9          | 22,5 | 9                      | 22,5 |
| Всего         | 11                 | 27,5 | 30                    | 75   | 32                    | 80   | 19         | 47,5 | 21                     | 52,5 |
| 2 группа      |                    |      |                       |      |                       |      |            |      |                        |      |
| У отца        | 3                  | 3,37 | 26*                   | 29,2 | 39                    | 43,8 | 9          | 10,1 | 12                     | 13,4 |
| У матери      | 7*                 | 7,86 | 8                     | 8,98 | 21*                   | 23,6 | 7          | 7,86 | 14                     | 15,7 |
| У близ. Род.  | 12                 | 13,4 | 14                    | 15,7 | 46*                   | 51,6 | 14         | 15,7 | 14                     | 15,7 |
| Всего         | 22                 | 24,7 | 68                    | 76,4 | 94                    | 105  | 30*        | 33,7 | 40*                    | 44,9 |
| 3-3* группа   |                    |      |                       |      |                       |      |            |      |                        |      |
| У отца        | 2*                 | 4,76 | 13                    | 30   | 21                    | 50   | 6          | 14,2 | 5                      | 11,9 |
| У матери      | 8                  | 19   | 3                     | 7,1  | 2                     | 4,76 | 5          | 11,9 | 6                      | 14,2 |
| У близ. Род.  | 8                  | 19   | 15                    | 35,7 | 18                    | 42,8 | 9          | 21,4 | 11                     | 26,1 |
| Всего         | 19*                | 45,2 | 31*                   | 7,3  | 41                    | 97,6 | 20         | 47,6 | 22                     | 52,3 |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

.... Другие заболевания (органическое поражение ЦНС, эписиндром, олигофрения)

Во всех группах роды также сопровождались патологией (асфиксия в родах наблюдалась в 4,1%, 19,8%, 7,2%, родовые травмы 5,2%, 23,1%, 8,4% по группам соответственно). Также следует заметить, что ранняя постнатальная патология встречалась в 12,5%, 16,9%, 14,7% по группам соответственно. Ранняя постнатальная патология и патология беременности и родов по мнению целого ряда авторов (Ковалев В.В., 1987, Шостакович Б.В. 1985, Гурьева В.А., 1999, Александровский Ю.А., 1997, и др.) в целом не приводящие к грубым нарушениям развития, все же имеют определенное влияние на характер развития, снижая общие адаптационные возможности организма, изменяя ее индивидуальную устойчивость, снижая компенсаторные резервы, что является общей предпосылкой для развития пограничных психических расстройств, том числе и истерического расстройства личности.

Также из полученных данных видно, что большинство испытуемых воспитывались в неполных семьях. Наибольшее количество полных семей (48,3%) было у испытуемых первой группы. Испытуемые второй и третьей групп чаще воспитывались без отца (58,4%, 35,6%), без матери воспитывались 5,3%, 3,3% по группам соответственно, в детских домах и приемными родителями воспитывались 4,6%, 6,7%, 5,7% по группам соответственно. В третьей и первой группах около 33,8% и 27,8% испытуемых были первенцами, 11,2% и 5,4% были средними детьми, 39,5% и 36,3% соответственно по группам самыми младшими детьми в семьях. Единственными детьми были 15,5% и 30,5% в третьей и первой группах соответственно. Во второй группе только у 21,3% испытуемых было два и более детей в семье, все они, кроме двух, были младшими детьми. 78,7% испытуемых во второй группе были

единственными детьми в семье. Также испытуемые первой и третьей групп реже находились в конфликтных отношениях между членами семей, нежели испытуемые во второй группе (14,2%, 18,9% против 46,7% соответственно).

Тип воспитания в семьях испытуемых распределился следующим образом: в большинстве семей воспитание носило обычный характер. Во второй группе на первом месте стояла гиперопека, когда как в первой и третьей группах она стояла на втором месте после обычного воспитания. Также достоверно различие между воспитанием в третьей группе, где родители больше проявляли избыточную строгость в воспитании испытуемых в детстве.

Значительная часть испытуемых в детском и подростковом возрасте испытывали насилие в той или иной форме. Уровень показателей насилия в семье приблизительно одинаков во всех группах. Обращает внимание на себя тот факт что, увеличилось число испытуемых во второй группе подвергшихся сексуальному насилию в детском возрасте, как в семье, так и вне семьи (см. табл. 11)

Табл. 10. Типы воспитания в семьях испытуемых.

| Тип воспитания   | 1 группа |       | 2 группа |      | 3 группа |      |
|------------------|----------|-------|----------|------|----------|------|
|                  | №        | %     | №        | %    | №        | %    |
| Обычное          | 13       | 32,5* | 24       | 26,9 | 11*      | 26,1 |
| Гипоопека        | 8        | 20    | 19       | 21,5 | 9        | 21,4 |
| Гиперопека       | 10       | 25    | 35*      | 39,3 | 12       | 28,6 |
| Отвержение       | 3        | 7,5   | 10       | 8,9  | 4        | 9,52 |
| Избыт. строгость | 5        | 12,5  | 13       | 14,6 | 8*       | 19   |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Исходя из традиционных концепций о патогенезе расстройств личности, включающим конституциональные

(биологические) и внешние (средовые и социальные) компоненты Ганнушкин П.Б., (1933), Ross A., Allport W., (1937), Гиндикин В.Я., (1961), Шостакович Б.В., (1969), Дмитриева Т.Б.,(1998) и др. можно предположить, что в развитии расстройств личности в первой и третьей группах преобладали средовые и социальные предиспозиты (воспитание в неблагополучных семьях, гипоопека и. т. д.), когда как во второй группе, несмотря на более благополучное социальное окружение, преобладали конституциональные (патология в постнатальный и пренатальный периоды) предиспозиты.

Большинство испытуемых обнаруживали уже в детском и подростковом возрасте признаки пограничных психических расстройств преимущественно невротического характера, поведенческие нарушения в детстве диагностировались у испытуемых первой группы достоверно реже ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), чем во второй и третьей группах (2,3% против 37,6% и 23,7%), ранее госпитализированы в психиатрические стационары, но только 2,4% в первой, 6,7% во второй группе и 3,2% в третьей группе эти госпитализации были обусловлены наличием невротической и др. симптоматики, а в подавляющем числе случаев госпитализации в психиатрические клиники были обусловлены антисоциальным поведением.

Табл.11. Насилие над испытуемыми

| Тип насилия      | 1 группа |       | 2 группа |      | 3-3* группы |       |
|------------------|----------|-------|----------|------|-------------|-------|
|                  | №        | %     | №        | %    | №           | %     |
| Насилие в семье  |          |       |          |      |             |       |
| Физическое       | 27       | 67,5* | 39       | 43,8 | 26          | 61,9  |
| Моральное        | 29       | 72,5* | 56       | 62,9 | 35          | 83,3* |
| Сексуальное      | 1        | 2,5   | 4        | 4,49 | -           | -     |
| Со стороны матер | 12       | 30    | 25       | 28,8 | 10          | 23,8  |
| Со стороны отца  | 30       | 75    | 49       | 55,5 | 36          | 85,7  |
| Иное             | 1        | 2,5   | 7        | 7,86 | 3           | 7,1   |

|                    |    |       |     |      |     |      |
|--------------------|----|-------|-----|------|-----|------|
|                    |    |       |     |      |     |      |
| Насилие вне семьи  |    |       |     |      |     |      |
| Физическое         | 21 | 52,5  | 49  | 55,5 | 18  | 42,8 |
| Моральное          | 28 | 70    | 47  | 52   | 18  | 42,8 |
| Сексуальное        | 1  | 2,5   | 5*  | 3,3  | -   | -    |
| Со стор. взрослых  | 19 | 47,5  | 45  | 50,5 | 12* | 28,5 |
| Со ст. сверстников | 25 | 62,5* | 56* | 62,9 | 26  | 61,9 |
| Иное               | 1  | 2,5   | 1   | 1,1  | 4   | 9,52 |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Во всех трех группах большинство испытуемых (48,9%, 52,3%, 49,8%) были привлечены к уголовной ответственности до 25 лет. Достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) Таким образом, необходимо отметить, что для испытуемых третьей группы характерными являлись ранние средовые расстройства адаптации, возникавшие, по-видимому, в силу биологической предрасположенности к искаженным формам поведенческих реакций, проявлявшиеся в значительной степени под влиянием неблагоприятных факторов микроокружения, в то время как для испытуемых второй группы они были характерны, несмотря на относительное микросредовое благополучие.

Таким образом, при анализе биографических данных у испытуемых во всех группах, особенно в третьей, отмечается значительная наследственная отягощенность психическими расстройствами и алкоголизмом. Патология родов и беременностей у матерей и в неонатальной периоде испытуемых в первой и третьей группах встречалась примерно в одинаковом количестве. Большинство испытуемых воспитывалось в неполных семьях. Тип воспитания в семьях носил обычный характер, но из неправильных случаев наиболее часто встречались гипо- и гиперопека. Во всех группах испытуемые в детском и подростковом возрасте подвергались насилию, во второй группе испытуемые

подвергались сексуальному насилию в детстве. Невротические и поведенческие расстройства, у испытуемых в детском периоде чаще отмечались в первой группе.

Табл.12. Характер взаимоотношений испытуемых в детстве с другими детьми.

| Характер отношений | 1 группа |     | 2 группа |      | 3 группа |      |
|--------------------|----------|-----|----------|------|----------|------|
|                    | №        | %   | №        | %    | №        | %    |
| Равные             | 12       | 30  | 36*      | 40,5 | 11       | 26,2 |
| Лидерство          | 22       | 55  | 33*      | 37,5 | 27       | 64,8 |
| Подчинение         | 3        | 7,5 | 9        | 10,1 | 2        | 4,76 |
| Отвержен группой   | 1        | 2,5 | 5*       | 5,61 | 1        | 2,38 |
| Избежание контакта | 1        | 2,5 | 9*       | 10,1 | 1        | 2,38 |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) по группам.

Анализ криминологических данных проводился по 62 показателям.

Большинство испытуемых первой и второй группы привлекались к уголовной ответственности впервые (61,5%, и 65,4% соответственно, против 28,9% в третьей группе). В третьей группе отмечалась тенденция к повторным деликтам. Самыми частыми преступлениями во всех группах были преступления против собственности, в том числе и с насилием (кражи, грабеж, разбой, вымогательство), во второй группе большой удельный вес (53,7%) занимают преступления против жизни и здоровья (убийства, причинение вреда здоровью, различной степени тяжести). Также обращает на себя тот факт, что у испытуемых третьей группы происходит утяжеление совершенных противоправных действий.

Количество преступлений против жизни и здоровья граждан возросли с 40,5% до 69,1% .

Для большинства испытуемых ведущими являлись корыстные мотивы, мотивы психопатической самоактуализации, личной неприязни к потерпевшим и т.д.

Анализ уголовных дел позволяет говорить о том, что большинство преступлений против жизни и здоровья не планировались испытуемыми. Многие испытуемые в утверждали, что не собирались убивать потерпевших, но хотели только избить их, однако не смогли рассчитать силу удара, и без остановки осыпали ударами уже мертвое тело потерпевшего.

Многие испытуемые, в том числе и привлеченные к уголовной ответственности впервые, обвинялись в совершении нескольких правонарушений. Отмечается незначительное возрастание числа испытуемых, совершивших по несколько преступлений в короткий интервал времени в третьей группе. Во второй группе была высока доля преступлений против общественной безопасности (захват заложников, изготовление и незаконное хранение оружия и боеприпасов, хулиганство, организация преступного сообщества, сбыт и хранением наркотиков и.т.).

Табл.13. Характер совершенных преступлений по группам (в % от общего числа испытуемых в группе)

| Характер деликта                  | Группа 1 |      | Группа 2 |      | Группа 3 |      | Группа 3* |      |
|-----------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|-----------|------|
|                                   | №        | %    | №        | %    | №        | %    | №         | %    |
| Против жизни и здоровья           | 13       | 32,5 | 48       | 53,9 | 17       | 40,7 | 29        | 69,1 |
| Против собственности              | 25       | 62,5 | 58       | 65,7 | 29       | 69,4 | 34        | 80,9 |
| Против половой неприкосновенности | 0        | –    | 8        | 8,98 | 1        | 2,38 | 1         | 2,38 |
| Против общественной безопасности  | 19       | 40   | 42       | 47,9 | 21       | 50   | 17        | 40,4 |
| Другие преступления               | 19       | 47,5 | 13       | 14,6 | 22       | 52,3 | 26        | 61,9 |



|                          |    |      |     |      |    |      |     |      |
|--------------------------|----|------|-----|------|----|------|-----|------|
| Всего (на 1 испытуемого) | 76 | 1,97 | 159 | 1,89 | 90 | 2,14 | 109 | 2,56 |
|--------------------------|----|------|-----|------|----|------|-----|------|

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) между группами

Табл. 14. Характер отношений с потерпевшими

| Характер отношений | Группа 1 |      | Группа 2 |      | Группа 3 |      | Группа 3* |      |
|--------------------|----------|------|----------|------|----------|------|-----------|------|
|                    | №        | %    | №        | %    | №        | %    | №         | %    |
| Родственники       | 7*       | 16,6 | 23*      | 25,8 | 4*       | 9,52 | 11*       | 26,1 |
| Знакомые           | 11       | 27,5 | 24       | 26,9 | 10       | 23,8 | 19        | 45,2 |
| Малознакомые       | 12       | 30   | 21       | 23,5 | 32       | 76,1 | 24        | 57,1 |
| Незнакомые         | 19       | 47,2 | 20       | 22,4 | 17       | 40,4 | 9         | 21,4 |
| Не физич. лица     | 24*      | 60   | 27*      | 30,3 | 27*      | 64,2 | 21*       | 50   |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Треть испытуемых во всех группах ранее привлекались за сходные преступления. В подавляющем большинстве случаев во второй группе преступления были связаны с насилием (54,6% во второй группе против 24,8% в первой и 32,7% в третьей, 36,6% в 3\*группах). Такой высокий процент насилия у психопатических личностей истерического круга подтверждается данными современных исследователей (Горшкова И.В., Горинова В.В., Антоняна Ю.М., 1998-1999г.г. и др.). Также во второй группе высок показатель преступлений, совершенных против половой неприкосновенности (8 испытуемых против 1 случая в третьей группе), при чем три из них были совершены в отношении несовершеннолетних. Достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) испытуемые первой группы совершали свои преступления в одиночку, тогда как испытуемые из второй группы достоверно чаще совершали свои преступления в составе преступных группировок (34,8% против 10,3%).

Мотивация правонарушений заслуживает внимания. По данным В.В. Гульдана (1983) на первый план у истерических личностей выступает психопатическая самоактуализация

(54%), за ней следуют аффектогенные (47%), анэтические мотивы (19%). В нашем исследовании мотивация в целом соответствует данным В.В. Гульдана, но уровень корыстных мотивов, особенно во второй группе, очень высок.

Табл. 15. Мотивация совершенных преступлений

| Мотивы преступления           | Группа 1 |      | Группа 2 |           | Группа 3 |      | Группа 3* |      |
|-------------------------------|----------|------|----------|-----------|----------|------|-----------|------|
|                               | №        | %    | №        | %         | №        | %    | №         | %    |
| Корыстные                     | 19       | 47,5 | 67       | 75,2      | 19       | 45,2 | 26        | 61,9 |
| Удовлетворение<br>влечения    | 3        | 7,5  | 8        | 8,98      | 1        | 4,76 | 1         | 4,76 |
| Личные<br>отношения/условия   | 8        | 20   | 9        | 10,1      | 4        | 9,59 | 1         | 4,76 |
| Личная неприязнь              | 9        | 22,5 | 49       | 55,1      | 13       | 30,9 | 24        | 53,3 |
| Бредовые                      | 0        | -    | 1        | 1,12      | 0        | -    | 2         | 4,76 |
| Аффектогенные                 | 3        | 7,5  | 5        | 5,61      | 5        | 11,9 | 7         | 16,6 |
| Импульсивные,<br>анэтические  | 3        | 7,5  | 2        | 2,24      | 2        | 4,76 | 1         | 2,38 |
| Психопат.<br>самоактуализация | 29       | 72,5 | 29       | 32,5<br>8 | 23       | 54,7 | 19        | 45,2 |
| Подчиняемость                 | 1        | 2,5  | 9        | 10,1      | 2        | 4,76 | 4         | 9,52 |
| Иные                          | 1        | 2,5  | 2        | 2,24      | 2        | 4,76 | 1         | 2,38 |

\* обнаружены достоверные различия ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ )

Анализ корыстных мотивов показывает, что за фасадом желания продемонстрировать свои корыстные цели у испытуемых нередко можно установить типичные мотивы психопатической самоактуализации.

Так, менее половины испытуемых предварительно планировали преступление, в подавляющем большинстве случаев, действия правонарушителей часто носили малосистематизированный характер, они оставляли на месте преступления улики, ясно свидетельствующие против них. Испытуемые второй и третьей групп совершали преступления чаще в состоянии алкогольного опьянения (26,8% и 34,5% соответственно против 16,3% во второй).

Испытуемые первой группы достоверно реже не доводили начатых преступлений до конца (29,5% в первой группе против 12,8% в третьей группе и 11,8% во второй группе).

Таким образом, для испытуемых первой и третьей групп оказываются характерными аффектогенные мотивы совершения преступлений, которые часто совершались спонтанно, без предварительного планирования и учета реальной ситуации. Высокая доля преступлений против жизни и здоровья, отмечающаяся во второй группе, может объясняться трудностью для данной категории испытуемых находить социально приемлемые пути для решения межличностных конфликтов. Жертвами подобных преступлений чаще всего становились близкие люди, с которыми у испытуемых существовали долгие и многосторонние отношения, часто возникали незначительные конфликты, инспирируемые испытуемыми и приобретающие для них высокую значимость.

Анализ психопатологических данных и блока истерической симптоматики проводился по 198 показателям. Оценивалось как состояние на момент экспертизы, так и представленные документально подтвержденные анамнестические данные. Полученные данные испытуемых первой группы по описанию клинической картины истерического расстройства согласовались с данными Шостаковича Б. В. (1967, 1971), отметившего нарастание удельного веса патохарактерологического варианта динамики истерического расстройства личности и увеличение числа

истерического расстройства личности в группе вменяемых психопатов.

Злоупотребление алкоголем у испытуемых достоверно чаще отмечалось в первой (49,2%) и третьей (64,2%) группах против 38,2% во второй группе. Во второй группе у испытуемых отмечалась тенденция к эпизодическому употреблению наркотических веществ (35,2%), и злоупотреблению лекарственными препаратами с целью наркотического одурманивания (26,3%).

Источником патопсихологических данных в основном служили заключения экспертов- психологов по данным экспериментально- психологического исследования.

Для испытуемых катамнестической третьей группы, при последнем исследовании (3\* группа) характерным оказалось продуцирование конкретных ассоциативных образов в методике «Пиктограммы» (86% против 51,4% в этой же группе при первом поступлении; 34,2 % в первой и 29,3% во второй группах). Во всех группах была характерна завышенная самооценка (45,2% в третьей, 56,4% в первой и 67,3% во второй группах), что вполне соответствует самому психологическому профилю истерического расстройства личности.

Характерным отличием испытуемых третьей и первой групп явилась значительная личностная незрелость (57,6% и 45,2% соответственно, против 21,2% во второй группе). В третьей группе отмечались негрубые нарушения операций сравнения (39,4% против 23,3% в первой и 14,7% во второй группах), обобщения (79,4% против 43,7% в первой и 24,7% во второй группах) по использовавшейся методике на классификацию и исключение. Испытуемые третьей и второй группы чаще производили операции обобщения с опорой на формальные признаки (19,4% против 3,3% в первой и 7,5% во второй группах). Эти же испытуемые при повторном

поступлении в Центр (группа3\*) производили обобщение не только с опорой на формальные признаки, но иногда производили выбор по латентным или отдаленным свойствам, что наблюдалось также у испытуемых второй группы.

Личностные особенности испытуемых оценивались при анализе данных опросника ММРІ, теста Роршарха. Анализ профилей ММРІ показал, что для всех групп характерны высокие величины L-шкалы (40-50 Т-баллов), которые указывают на сознательное стремление испытуемого показать себя в более выгодном свете или благоприятную самооценку, чаще всего отличающуюся от действительности, а по мнению Березина Ф.Б. и Мирошникова М.П.(1992) свидетельствует об элементах ханжества. В 24% в третьей группе при повторном поступлении отмечались высокие показатели L-шкалы в сочетании высокими показателями F. («конверсия V»). Это свидетельствовало об установочном поведении и нежелании «раскрыться». Во второй группе практически одинаково были выражены при установочных реакциях как высокие величины, так низкие величины данных шкал, что может служить показателем симулятивного поведения у истерических личностей с высоким уровнем вытеснения. У примерно трети испытуемых во всех трех группах были высокие показатели шкалы К, что свидетельствует о том, что испытуемые отрицали у себя или открыто игнорировали психологические проблемы и конфликты. При исследовании второй группы, а также группы 3\* наиболее часто отмечалось увеличение Hs шкалы (сочетания 12,14,18, 19,10, 10), что свидетельствует о множественности ипохондрических проявлений у данных испытуемых. Обнаруженная в третьей группе интравертированность у испытуемых способствует еще большей фиксации испытуемого на болезненных ощущениях, ведет к реализации заботы о собственном благополучии. Несмотря на довольно значимое снижение настроения показатели D- шкалы были, в основном, рамках нормы

во всех исследуемых группах. Высокие показатели данной шкалы (сочетания 21, 23,29) отмечались у лиц, которым грозило длительное тюремное заключение в случае осуждения. Высокие показатели Ну-шкалы были характерны практически для всех групп, что представляет диагностическую ценность для истерии. Однако примерно четверть испытуемых 3\*группы и 13,2% во второй отмечают ровные сочетания. Что может свидетельствовать о малой приверженности групповым интересам, суженом направлении интересов, намеренным невниманием к внешним атрибутам, или неискренности ответов. Обращает также высокие показатели Pd-шкалы во всех группах. Интерес вызывает появление завышенных показателей Fm-шкалы и Sch-шкалы во второй группе. Умеренное повышение Pa- шкалы в сочетаниях 61,62,64 присущи примерно трети профилей в 3\* группе. Также хочется выделить появление низких показателей Si- шкалы при исследовании третьей группы и повышение в профилях второй группы, что свидетельствует о преобладании интрапсихической жизни, скрытности, интимном характере переживаний, своеобразии в коммуникативной сфере, избирательности и глубине контактов с уклонением от социальных обязанностей.

Несмотря на тот факт, что у многих испытуемых во всех группах отмечались признаки микроневрологической симптоматики, чаще обусловленной травмами, а также интоксикацией алкогольного и наркотического генеза, ведущее положение в клинике занимали признаки собственно истерического расстройства личности. Случаев выраженных интеллектуально-мнестических расстройств отмечено не было.

При обследовании в Центре у испытуемых всех групп отмечались свойственные истерическому расстройству личности эгоцентризма (97,3%), стремления во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих (83,7%), занять лидирующее положение среди сверстников (79,6%), что является причиной для проявления

чрезмерной общительности и хвастливости, лживости вплоть до псевдологии и мифомании, аффективные реакции испытуемых имеют оттенок экзальтации (85,6%), они нестойки и носят в основном инфантильно-гедонистический (58,4%) или псевдоальтруистический характер. Такие испытуемые еще в подростковом возрасте крайне эгоистичны, черствы, отличаются повышенной внушаемостью (78,4%), себялюбием, заносчивостью, подчеркнуто экстравертированы (87,9%). Черты характера испытуемых с истерическим расстройством личности порой противоречивы, их проявления ситуационно обусловлены до такой степени, что в различных жизненных ситуациях они могут выглядеть диаметрально противоположными личностями. Свойственная им театральность (78,9%) и завышенная самооценка (88,3%), а также склонность к самодраматизации (76,6%), демонстративность (74,9%) и претенциозность (56,4%), манипулятивное поведение (76,5%) – все подчинено достижению поставленных целей у таких субъектов. У испытуемых второй группы наблюдается некоторое нивелирование этих истерических черт по сравнению с испытуемыми первой группы. На фоне завышенной самооценки (89%), эгоцентрических установок (92,8%), неустойчивости аффекта (64,3%), склонности к самодраматизации (75,8%) и фантазированию (69,4%), претенциозности (64,2%) у этих испытуемых проявляются эксплозивность (46,3%), ранимость (45,8%), сензитивность (54,2%), интравертированность (32,4%), отгороженность (11,2%). Эмоциональная лабильность у испытуемых второй группы проявляется также нестойкостью интересов и привязанностей.

Отдельно следует отметить выявленные различия в проявлении аффективных расстройств у испытуемых. Доминирующее положение как в первой (87,9%), так и во второй (89,5%) группах у испытуемых занимали депрессивные состояния различной продолжительности и глубины. У испытуемых первой

группы тревога составляла 46,7%, когда как у испытуемых второй группы этот показатель составил 68,3%. Также сравнительно высоким был показатель ситуационно обусловленной апатии как следствие реакции на ситуации неуспеха во второй группе (21,8%), когда испытуемые замыкались в себе, проводили свободное время в постели, ни чем не интересовались, при этом нередко (65,2%) ими высказывались иппохондрические идеи. Пониженное настроение у испытуемых нередко сопровождалось фобическим компонентом (13,2%, 24,8% по группам соответственно).

Данные о наличии признаков психического инфантилизма у испытуемых первой (36,3%), второй (38,6%), третьей групп (42,1%) в целом согласуются с наблюдениями Л.В. Гусинской, 1979, Г.Н. Пономарева, 1984, и Л.В. Ромасенко, 1993. У многих испытуемых обеих групп патологическое фантазирование сохранялось и в зрелом возрасте, они нередко сообщали о себе заведомо неправдоподобные сведения, хвалились выдуманными успехами, присваивали себе авторство стихов и изобретений, бравировали спортивными рекордами в прошлом и т.п. Разоблачения этих псевдологических измышлений приводили к бурным аффективным вспышкам у 87,5% испытуемых в первой группе и 56,7% во второй группе, но затем многие вскоре забывали их содержание, продолжали общаться, что говорило о нестойкости данных фантазий. 23,7% испытуемых во второй группе давали реакцию обиды в виде нежелания продолжать разговор, замыкались в себе, отказывались от дальнейшего общения на некоторое время. Также для таких испытуемых было характерно формирование сверхценных идей, нередко носивших стойкий характер (14,8%).

Для большинства испытуемых было характерно выраженное агрессивное поведение не только во время криминальной ситуации, но и вне ее (48,2%, 64,2%, 72,3% по группам соответственно). У испытуемых всех групп в анамнезе также отмечались эпизоды аутоагрессивного поведения, носившего в основном



демонстративно-шантажный характер, отражавшийся в многочисленных угрозах самоубийства и суицидальных попытках. У испытуемых второй группы достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) (76,5% против 31,6% в первой и 38,9% в третьей) проявлялось аутоагрессивное поведение. Наши наблюдения говорят о том, что испытуемые первой и третьей групп чаще наносили себе неглубокие самопорезы в области предплечий или пытались в присутствии окружающих повеситься, когда как испытуемые второй группы наряду с самоповреждениями принимали большие дозы лекарственных препаратов с целью отравления.

При сравнительном анализе анамнеза и состояния на момент обследования испытуемых первой и второй групп можно зафиксировать и выявить определенную динамику истерического расстройства личности. Подтверждая данные Б.В. Шостаковича о характере динамических сдвигов, в большинстве случаев динамика истерического расстройства личности носила отрицательный характер (58,9% и 42,4% по группам соответственно), т.е. на протяжении нескольких лет расстройство личности углублялось, набирало новые патохарактерологические особенности, заострение которых под влиянием неблагоприятных факторов среды приводило к декомпенсациям. Лишь в 11,3% в первой и 9,8% во второй группе динамика истерического расстройства личности носила положительный характер вследствие смягчения средовых факторов или активной выработки механизмов психологической защиты, приводящих к стойкой компенсации патологических черт характера.

Исходя из предложенной Т. Б. Дмитриевой (1998) концепции, было выделено три варианта динамических сдвигов истерического расстройства личности: патохарактерологический, невротический, реактивно-психотический.(см. табл. 16.)

При невротическом варианте чаще всего возникали вазовегетативные и истероневротические реакции, как в первой, так

и во второй группах. Большую роль в возникновении невротических расстройств играли психогенные микросоциальные воздействия, порой приводящие к проявлению различного рода психосоматических эквивалентов. Особенно ярко это проявлялось у испытуемых второй группы. Невротическое развитие шло по пути нарастания ипохондрической симптоматики. Можно также отметить редукцию функциональных и двигательных нарушений. Картина истерической невротической депрессии у испытуемых первой группы характеризовалась яркой экспрессивностью, самовзвинчиванием, рыданиями и драматической жестикуляцией с вазовегетативными проявлениями, требованиями особого внимания к себе. У испытуемых второй группы невротическая депрессия в большинстве случаев смягчала остроту эмоционального реагирования, на фоне вегетативных проявлений на передний план выходила астеноипохондрическая симптоматика со скрупулезным анализом внутренних ощущений и требованием назначения всевозможных методов обследования и лечения. При наличии экзогенной или соматогенной вредности при затяжном течении депрессия переходила в невротическое развитие. По мере нарастания тяжести болезненного состояния происходило усиление истерических черт и парциальное снижение критики к своему состоянию.

Табл. 16. Динамические сдвиги истерического расстройства личности у испытуемых первой и второй групп.

| Симптоматика                 | 1 группа |    |    |      | 2 группа |    |      |      |    |
|------------------------------|----------|----|----|------|----------|----|------|------|----|
|                              | №        | #  | %  | %#   | №        | #  | %    | %    | %# |
| <i>Невротический вариант</i> |          |    |    |      |          |    |      |      |    |
| Истероневротические реакции  | 18       | 11 | 45 | 27,5 | 47       | 26 | 52,8 | 29,2 |    |
| Вазовегетативные реакции     | 18       | 10 | 45 | 25   | 81       | 64 | 91   | 71,9 |    |
| Двигательные расстройства    | 6        | 1  | 15 | 2,5  | 1        | 0  | 1,12 | -    |    |

|                                        |    |    |      |      |    |    |      |      |
|----------------------------------------|----|----|------|------|----|----|------|------|
|                                        |    |    |      |      |    |    |      |      |
| Расстройства чувствительности          | 14 | 3  | 35   | 7,5  | 11 | 2  | 12,3 | 2,24 |
| Невротическая депрессия                | 12 | 4  | 30   | 10   | 54 | 39 | 60,6 | 43,8 |
| Невротическое развитие                 | 7  | 3  | 17,5 | 7,5  | 21 | 17 | 23,5 | 19,1 |
| <i>Патохарактерологический вариант</i> |    |    |      |      |    |    |      |      |
| Декомпенсации                          | 34 | 26 | 85   | 65   | 23 | 18 | 25,8 | 20,2 |
| Психопатические реакции                | 32 | 21 | 80   | 52,5 | 25 | 16 | 28   | 17,9 |
| Фазы                                   | 8  | 7  | 20   | 17,5 | 14 | 13 | 15,7 | 14,6 |
| Патологическое развитие                | 4  | 3  | 10   | 7,5  | 17 | 15 | 19,1 | 16,8 |
| <i>Реактивно-психотический вариант</i> |    |    |      |      |    |    |      |      |
| Галлюцинации                           | 11 | 4  | 27,5 | 10   | 8  | 1  | 8,9  | 1,12 |
| Психогенная депрессия                  | 19 | 3  | 47,5 | 7,5  | 18 | 10 | 20,2 | 11,2 |
| Бредоподобные фантазии                 | 15 | 4  | 37,5 | 10   | 11 | 3  | 12,3 | 3,3  |

# – динамические сдвиги произошедшие вне условий заключения.

При патохарактерологическом варианте в обеих группах чаще встречались декомпенсации, а затем психопатические реакции. И те, и другие возникали под воздействием психогенных вредностей и приводили к устранению закрепившихся компенсаторных качеств и гротескному усилению истерических черт и протекали с утрированным усилением привычного способа реагирования.

Формирование патологического (в основном паранойяльного, ипохондрического и эксплозивного) развития личности под воздействием ситуационных вредностей и сформировавшихся уже соматогений происходило в основном после тридцати лет (в первой группе 10%, во второй 21,9%). В клинике истерического расстройства личности у испытуемых первой и второй групп (20% и 15,7%) также были психопатические фазы (либо легкие депрессивно окрашенные беспричинные колебания настроения, либо легкие субманиакальные состояния).

Среди реактивно - психотического варианта динамики у лиц с

истерическим расстройством отмечается незначительное снижение общего числа реактивных состояний во второй группе. Так доля реактивно-психотического варианта динамики в первой группе составила 24%, во второй – 18%, патохарактерологический вариант составил – 37% и 31% соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что значительно представлен во второй группе невротический вариант – 51% против 37% в первой группе. Таким образом, в ходе сравнительного анализа полученных данных, были выявлены различия в соотношении между невротическим и патохарактерологическим вариантами динамики истерического расстройства личности.

Анализ полученных данных относительно третьей группы позволяет судить о некоторой возрастной динамике психопатологических черт у лиц с истерическим расстройством личности, неоднократно совершавших правонарушения и проходивших судебно-психиатрическое освидетельствование. Анализируемые случаи повторных поступлений в Центр имели период от 10 до 24 лет между поступлениями. Исследуемые лица были разделены по трем возрастным периодам: молодости, зрелому и позднему возрасту. Увеличение сроков катамнестического наблюдения открывало ряд психопатологических закономерностей. У испытуемых старшего возраста резче проявлялись патохарактерологические черты, обнаруживалась склонность к более выраженным психопатическим реакциям, включая присоединение невротической симптоматики. В то же время характер регистрируемых изменений не совпадал с различиями, выявленными при сравнительном анализе первой и второй групп.

Анализ данных по судебно-психиатрическому решению проводился по 45 показателям. Большинство испытуемых во всех группах (84,5%, 89,9%, 95,3% по группам соответственно) ранее проходили судебно-психиатрическое освидетельствование по данным делам до назначения СПЭ в Центре. В 53,2%, 83,4% и 67,4%

соответственно по группам случаев предыдущих СПЭ они оставались без экспертного решения.

В первой группе в 10% случаев испытуемые были признаны невменяемыми с диагнозом: «Глубокая психопатия истерического круга» и к этим испытуемым было рекомендовано направление на принудительное лечение в психиатрический стационар на общих основаниях. Во второй группе был всего двое испытуемых с диагнозом: «Истерическое расстройство личности. Декомпенсация», которые были признаны невменяемыми, им рекомендовалось применение принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре специализированного типа. В третьей группе при первом поступлении лиц с истерической психопатией, подвергшихся экскульпации было четверо, троим из них, было рекомендовано проведение лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа, один был направлен в психиатрический стационар на общих основаниях. При анализе 3\* группы при повторном поступлении из группы экскульпированных испытуемых только один человек был признан невменяемыми и направлен на принудительное лечение в стационар специализированного типа. Еще двум испытуемым применялась ст. 22 УК РФ, рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра в местах лишения свободы. Двое испытуемых ранее не подвергавшихся экскульпации были признаны невменяемыми и направлены на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа. Во второй группе к восьми испытуемым была применена 22 ст. УК РФ и рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение. В 12,6% во второй группе испытуемым наряду с вынесением экспертного решения о вменяемости в отношении содеянного правонарушения в связи с наличием алкогольной или наркотической зависимости рекомендовалось амбулаторное наблюдение психиатра-нарколога в местах лишения свободы.

Многие испытуемые второй группы симулировали психические заболевания. Число лиц симулировавших психические заболевания в первой группе значительно ниже по сравнению с испытуемыми, симулировавшими во второй. Также различными были картины симуляции. Также выявляется определенная связь между предыдущими судимостями и характером симуляции. В основном наиболее «грамотно» симулировали психические заболевания лица, которые уже не раз привлекались к уголовной ответственности, что характерно как для первой, так и для второй групп.

Таким образом, большинство экспертных решений в отношении лиц с истерическим расстройством личности соответствует в общих чертах экспертной оценке психопатий вообще и определяется наличием единства медицинского и юридического критериев вменяемости, т.е. в подавляющем большинстве случаев испытуемые достаточно ориентируются в окружающей обстановке, и могут в полной мере осознавать общественную опасность и фактический характер своих действий и руководить ими.

# **Глава 3. Клинико-динамические особенности истерического расстройства личности с учетом патоморфоза.**

---

В данной главе проводится структурно-клинический анализ у лиц с истерическим расстройством личности в двух групп: первой и второй, что представляется нужным для выявления клинических различий между двумя поколениями, так как разница составляет не менее 30 лет. При сравнительном анализе анамнестических данных между испытуемыми первой и второй групп обнаруживаются, не только социальные различия, вызванные общими глобальными изменениями в стране, произошедшими за последние тридцать лет, но и клинические и динамические изменения в общей картине истерического расстройства личности.

3. 1. Клинико- динамический анализ истерического расстройства личности у испытуемых первой группы.

При типологическом анализе истерического расстройства личности, как в первой, так и во второй группах хочется выделить «изначальную доминанту неблагополучности семейного статуса» (П. Сорокин, 1998). Подавляющее большинство в первой группе родились и воспитывались в неполных или неблагополучных семьях. Формирование психопатического склада уже начало намечаться в допубертатном и отчетливо прослеживаться в подростковом возрасте, что соответствует данным В.И. Посоховой и В.К. Ахмеровой (1985), В.А. Гурьевой, Г.Я. Гиндикина (1998).

В раннем детстве испытуемые по своему психическому развитию соответствовали норме, а дети из благополучных семей, что отчетливо видно из собранного материала, порой и опережали своих сверстников в психическом развитии. Многие преподаватели отмечали у них хорошие способности к обучению, вместе с этим испытуемые характеризовались неусидчивыми, невнимательными, капризными. В детских коллективах испытуемые первой группы

стремились к лидерству, из-за чего конфликтовали со своими сверстниками, дрались, придумывали различные варианты мести. Характер фантазирования на эту тему, а также способы реализации вынашиваемых планов мести были различными, но следует отметить, что у испытуемых первой группы они носили, более гуманный «детский» оттенок. Так, один испытуемый подложил своему врагудохлую крысу, а другой испытуемый разбил все банки с любимым вареньем обидчика. Фантазирование у испытуемых первой группы носило в основном более фантастичный характер. Они заявляли, что им подарили дорогие или дефицитные вещи, повышающие их престиж в детском окружении, или придумывали несуществующих «дядей – космонавтов» или «отцов- капитанов дальнего плавания» и т.д. Такая лживость, с присущим этим детям артистизмом и умением создать о себе впечатление порой имела влияние на незнакомых взрослых, детей. Для того чтобы заслужить благосклонность воспитателей могли оболгать перед воспитателем других детей в детском саду. Испытуемые из благополучных семей учились в начальной школе хорошо и отлично. Среди любимых предметов отмечали в основном историю, литературу и географию, а также те предметы, которые вели учителя, которые им нравились. Но затем в старших классах успеваемость у них заметно снижалась. Возникали конфликты с учителями и родителями, во время которых они вели себя заискивающе, стремились восстановить доверие, давали обещание исправиться. В течение непродолжительного времени усердно занимались и соблюдали дисциплину, но по истечению какого-либо срока начинали прогуливать занятия, забывали об учебе и занятиях в кружках и секциях, проводили все время в компаниях таких же подростков на улице. Только единицы из первой группы отлично учились и хорошо закончили школу. Многие испытуемые уже с 4-5 класса пропускали занятия без уважительных причин.



Далеко не все испытуемые заканчивали сразу среднюю школу. Многие поступали в средние технические училища, некоторые, разочаровавшись в выбранной специальности, уходили из них, работали и учились в школах рабочей молодежи. Но в основном, все-таки испытуемые получали среднее образование.

Отношения со сверстниками у данной группы испытуемых складывались двояко: часть из них становились явными лидерами, другие же становились неформальными вожаками. Многие умели организовать вокруг себя детей, подчиняли их своему влиянию, имели среди ровесников свою команду. Постоянное желание быть в центре внимания, нравиться окружающим побуждало их вести себя экстравагантно, держаться вызывающе со старшими людьми, а порой и приводило к частым конфликтам с другими подростками. Чтобы утвердиться в среде асоциальных подростков в роли неформального лидера испытуемые начинали рано курить и употреблять алкоголь. Многие были крайне озабочены своим внешним видом, старались подчеркнуть свою индивидуальность деталями одежды и прически. Многие из них имели «своих оруженосцев», «свиту» из младших детей, которые как бы подчеркивали их значимость. В отношениях со сверстниками испытуемые вели себя двояко: слабых всячески унижали или благосклонно пускали в состав «почитателей своей персоны», с сильными либо заискивали, либо вступали в конфликты, либо мстили за несуществующие обиды.

Влившиеся в молодежные уличные ассоциации, ведущие асоциальный образ жизни, подростки утрачивали интерес к учебе, ориентировались на мнение старших друзей с криминальным прошлым. Так, многие испытуемые рассказывали. Что их привлекали рассказы о красивой жизни воров и мошенников, возможности иметь многие вещи без упорного труда, воровские законы казались пропитанными романтическим флером «пиратского братства». Многие испытуемые за мелкие кражи и

хулиганские действия состояли на учете в ИДН, около трети привлекались к уголовной ответственности в возрасте 14-16 лет.

Отношения в семьях у испытуемых складывались в большинстве случаев не удовлетворительно. Только небольшому количеству родителей удавалось оказывать влияние на подростков. Испытуемые часто уходили из дома, порой специально провоцировали родителей скандалы, чтобы был повод «обидеться» и не приходиться ночевать. Испытуемые совершали из дома кражи денег, предметов обихода, проводя все время на улице, ночуя, где попало, в основном у сомнительных знакомых, порой прямо на улице или вокзалах. Так один испытуемый крал деньги, убегал из дома, уезжал в другие города, где тратил деньги на развлечения, совершал кражи, за которые привлекался к уголовной ответственности.

Большинство лиц данной группы не служили в рядах Вооруженных сил. Как правило, накануне призыва они старались всячески уклониться от службы, не являлись по повесткам, совершали демонстративные суицидальные попытки, симулировали у себя различные соматические и психические заболевания, либо в связи с имевшейся уже судимостью не подлежали призыву. В большинстве случаев, они освобождались от службы с диагнозом: «Истерическая психопатия», что вполне свидетельствует у данных испытуемых о завершении формирования расстройства личности в этой группе к 18 годам. Однако, примерно треть этих испытуемых, хотели служить в Армии, так как считали, что «настоящий мужчина должен пройти армейскую школу». Так, один испытуемый, путем подкупа пытался добиться назначения на службу именно в Гвардейскую Кантемировскую дивизию, так как это представлялось ему наиболее престижным.

На производстве у многих испытуемых часто возникали конфликты с начальством, чаще всего из-за нарушений производственной дисциплины. Это являлось причиной частых

увольнений и перемен мест работы. Так, один испытуемый в течение года сменил 14 мест работы, причем всегда увольнялся по собственному желанию, о чем свидетельствовали записи в трудовой книжке. Другая же часть испытуемых, не имели постоянного места работы, они перебивались, время от времени случайными заработками или промышляли мелкими кражами. Среди этих испытуемых встречались личности, стремящиеся к активной, творческой работе, в них присутствовала склонность к авантюрным проектам и переоценке своих сил и опыта. Такие испытуемые обычно были представителями свободных профессий. Их безрассудные действия и склонность к кутежам, приводили к растратам, в том числе тем, за которые они привлекались к уголовной ответственности. И лишь незначительную часть испытуемых составляли люди с относительно благополучным трудовым анамнезом.

Многие испытуемые данной группы рано создавали семьи. Ранние браки, за весьма немногим исключением, кончались разводами. Для испытуемых данной группы характерно частое вступление в повторные браки, причем в каждом браке испытуемые старались заводить ребенка, или же факт будущего отцовства становился поводом для вступления в брак. Причиной распадов браков становились супружеские измены испытуемых своим женам, а также склонность к разгульному образу жизни, пьянство, нежелание принимать решения в делах семьи и помогать в быту. К детям испытуемые относились очень хорошо, как правило, старались поддерживать отношения, были очень привязаны, всячески баловали их. Так, испытуемый из первой группы, впервые вступил в брак в пятнадцать лет, чтобы по его словам «узаконить первого сына». Спустя полтора года после распада первого брака, он вступил во второй брак, в котором имел еще двух детей, а еще спустя три года развелся со второй женой, потому что любовница была беременна четвертым ребенком. В общей сложности к

двадцати пяти годам он имел от пяти браков и одной сожительницы семерых детей, с которыми устраивал «родительские субботы», содержал этих детей и пытался заниматься их воспитанием. Только несколько испытуемых отмечали хорошие отношения с женами и были счастливы в своей семье, тепло отзывались о своем доме.

Патопсихологические особенности лиц с истерическим расстройством в данной группе определяются почти полностью классическим описанием клинической картины данного вида психопатии. Практически всем лицам присущи стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание, поэтому поведение таких лиц характеризуется демонстративностью, театральностью, для достижения этого они не брезгают никакими средствами. Психическая незрелость и инфантилизм не дают им возможности добиться осуществления своих притязаний путем имеющихся у них от природы способностей. Вместо развития и самосовершенствования заложенных в нем качеств в таком случае индивид отдает все силы на работу по обеспечении красивой и массивной формы, но отсутствия истинного содержания. Аффективные реакции неустойчивы и поверхностны, порой оформлены неадекватно поводу их проявления, субъективная значимость невелика. На фоне аффективных вспышек у испытуемых сохранен контроль над ситуацией и своим поведением, а также учет производимого внимания на зрителей. Такое качество истерических личностей как повышенная внушаемость имеет в данном случае у испытуемых избирательный характер, им можно внушить только то, что для них приемлемо, что не идет вразрез с эгоцентрическими личностными установками. Такие испытуемые наряду с подчеркнутой доброжелательностью сочетают некоторую неспособность к глубоким эмпатийным переживаниям. У таких испытуемых богатая фантазия и преимущественно художественный тип мышления, но они всегда способны отграничить реальные события от вымышленных, как бы не были поглощены своими

фантазийными переживаниями. С учетом клинических особенностей и наличия в структуре личности различных радикалов, следует выделить незначительное преобладание «смешанных истерических личностных синдромов» (Ромасенко Л.В., 1991) над чистыми истерическими проявлениями. В группе смешанных симптомов преобладали истеровозбудимые (56%), истерогипертимные (18,3%), истероэпилептоидные (15,2%), истерошизоидные, истеротормозимые и др. смешанные истерические симптомы составили (7,5%). Данные этого исследования соотносятся с данными (Б.В. Шостаковича, В. Ф. Матвеева, 1988, В.Я. Семке, 1991) о том, что у лиц с истерическим расстройством личности превалирует число смешанных экспрессивных форм над импрессивными. Основные варианты клинической динамики у лиц с истерическим расстройством личности описаны в главе 2. Стоит отметить, что при невротическом варианте ухудшений состояний, возникавших на разных этапах динамики истерического расстройства личности у испытуемых первой группы, чаще проявлялись истеро-невротические реакции, которые часто сочетались с вазовегетативными реакциями. Особенно ярко невротический вариант динамики истерического расстройства проявлялся в условиях заключения, т.е. под воздействием микросоциальных факторов. Часто можно было наблюдать плавный переход одного вида невротического варианта динамики или сочетания нескольких видов. Во многом на продолжительность и глубину клинических проявлений влияли сочетание микросоциальных и соматогенных факторов. Так, например, у испытуемого на фоне психогенного воздействия в заключении давал истероневротические реакции с театральными сценами стенаний и шантажными суицидальными поступками с расчетом «игры на публику». При этом в каждые последующие реакции становились стереотипными на внешние раздражители, но в ходе реакции к ним присоединялись вазовегетативные

расстройства. Состояние испытуемых значительно было истощено, в большинстве случаев они были астенизированы. Далее при возникновении ситуационных вредностей помимо вазовегетативных реакций присоединялись расстройства чувствительности (парестезии, гипостезии и др.) и органов чувств (немота, слепота и др.), гораздо реже двигательные расстройства (преходящие параличи, гиперкинезы).

Также встречались случаи ухудшения состояния испытуемых, особенно в условиях заключения, когда когнитивный диссонанс между стремлением истерической личности к эгоцентрическому самоутверждению и возможностями реализации неуклонно рос, что приводило к значительному ухудшению не только психического, но и соматического состояний. Испытуемые на начальном этапе давали бурные аффективные и вегетативные реакции, которые затем сменялись истерической депрессией. Ажитированный компонент депрессивных переживаний субъекта сменялся на астенический с угасанием внешних эмоциональных и вазовегетативных проявлений и формированием астеноипохондрических состояний. Невротическое развитие часто произрастало из затяжных невротических аффективных состояний с элементами абсессивно-фобического реагирования. В некоторых случаях происходила специфическая психологическая защитная реакция на острую субъективно значимую ситуацию в виде фиксации и повторения активных и пассивных негативистических реакций протеста и оппозиции.

При срыве и ослаблении компенсаторных механизмов у лиц данной группы встречались психопатические декомпенсации и реакции. При патохарактерологическом варианте динамики у лиц с истерическим расстройством личности в данной группе дисгармонические черты при декомпенсациях возникали в ответ на сложные психотравмирующие ситуации (комбинированные психотравмы в сочетании с резким изменением благоприятной

ранее окружающей среды). Неоднозначна по своей структуре и сама группа декомпенсаций у данных испытуемых. Истинные декомпенсации, когда наблюдалось нарушение вторичных компенсаторных патохарактерологических черт и гротескное заострение первичных личностных особенностей, приводили к затруднению адаптации личности в новых условиях, встречались в подавляющем большинстве случаев в условиях заключения. Психопатические реакции протекали у лиц с истерическим расстройством личности по типу резкого усиления уже ранее сформировавшегося способа реагирования на психогенные воздействия. Это приводило к своеобразным «нервным срывам» в виде всплесков ярости, обидчивости, демонстративности, угроз и оскорблений, аффективных разрядов с аутоагрессивными действиями и голодовками с целью привлечения к себе внимания и попытки таким образом избавиться от дальнейшего рассмотрения неприглядной ситуации.

Патологическое развитие в данной группе происходило по типичному для истерического расстройства личности типу. Классические сугубо истерические механизмы «бегства в болезнь» и «жажды признания» приходили в действие под влиянием длительных сложных ситуационных воздействий и хронических соматических страданий. Часто в клинике уже имеющихся истерических симптомов возникают новые или усиленно звучат уже имеющиеся патохарактерологические черты, которые благодаря ситуационным моментам провоцируются и фиксируются. Временные ухудшения состояния в виде психопатических фаз было описано у небольшого количества испытуемых в первой группе. Они представляли собой беспричинные преходящие аффективные колебания в виде легких гипоманиакальных, либо субдепрессивных расстройств с подавленностью и раздражительностью.

Реактивно-психотический вариант истерического расстройства личности в данной группе был представлен в основном психогенной

депрессией, которая отличалась от невротической глубиной клинических проявлений, а также обычно ей предшествовало массивное психотравмирующее воздействие. После возможного «невротического депрессивного дебюта» (Смулевич А. Б., 1999) «вспышек отчаяния и безысходности» (Семке В.Я., 1987) динамика приобретала затяжное или подострое течение. К аффективной картине присоединялись конверсионные симптомы, а также периодически возникающие пуэрильно-дементные и галлюцинаторные элементы. Часто в ночное время испытуемые слышали оклики по имени, или им казалось, что жертвы их преступлений стоят около кровати и угрожают им. При этом совершались суицидальные попытки, которые имели отчетливую связь с психогенной ситуацией. Бредоподобные фантазии у испытуемых часто возникали в условиях физического и психического перенапряжения, когда испытуемые были значительно астенизированы и их фантазии полностью имели отражение сложившейся ситуационной вредности, когда сами психотравмирующие ситуации были и объективно-трудными и ситуационно-непереносимыми (В. Я. Гиндикин, 1999). Бредовые идеи сутяжничества и преследования в основном носили примитивный характер.

Преступления данной группы характеризуются в основном как спонтанные, в которых отсутствовало планирование и анализ возможных отходов с места преступления. Наши данные в целом подтверждают результаты исследования В.В. Гульдана и Б.В. Шостаковича (1987), что ведущими являются мотивы психопатической актуализации, затем мотивы аффектогенные и корыстные. Испытуемые часто старались прикрыть свои истинные мотивы корыстными, так как именно эти мотивы приветствовались в уголовной среде того времени. Так, испытуемый совершил угон машины сотрудника посольства ФРГ, так как эта машина понравилась его любимой женщине, с которой он вышел из



ресторана. По его словам, он не мог «допустить, чтобы кто-то превосходил его», и «не хотел угонять машину, лишь прокатить даму». Но среди испытуемых, он распространял версию, что угон совершил с целью наживы.

Анализ преступлений в исследуемой группе позволил выделить своеобразный механизм развития криминальной ситуации. Весь период совершения преступления можно условно разделить на три этапа реализации. На первом этапе испытуемые действовали, как правило, неадекватно ситуации, что сопровождалось аффектами обиды, гнева. На втором этапе к ним приходило осознание, что они действуют неадекватно, но остановиться они не могли. Так, происходили случаи убийства, когда уже поверженного противника испытуемые продолжали избивать. На третьем этапе происходило формальное осознание происшедшего, с гневливого и агрессивного поведением становилось упорядоченным. Испытуемые после удовлетворения от содеянного испытывали страх наказания, лихорадочно придумывали себе «смягчающие» вину обстоятельства, появлялся депрессивный аффект с оттенком безысходности. Кражи в большинстве случаев происходили спонтанно, без предварительной подготовки. Лица, совершавшие тщательно спланированные преступления, либо попадали в руки правоохранительных органов совершенно случайно, либо попадались на других мелких правонарушениях и в ходе следствия выяснялась их причастность к более тяжким преступлениям.

Клинический пример и его анализ изложен в приложении (см. Приложение 1.)

### **3. 2. Клинико-динамический анализ истерического расстройства личности у испытуемых второй группы.**

Испытуемые второй группы воспитывались в более благополучных условиях, но среди этих испытуемых отмечается больший процент детей от беременностей с токсикозами и прочей патологией беременности и родов. В большинстве случаев

беременность сопровождалась серьезными эмоциональными потрясениями, вызванными конфликтами в семье. Многие испытуемые отмечали, что не были желанными детьми в семье. В ряде случаев матери пытались спровоцировать выкидыш, пользуясь «народными» средствами. Роды примерно в трети случаев протекали с патологией, очень часто отмечалась гипоксия плода, стремительные или затяжные роды, либо был длительный безводный период. Следует отметить, что в данной группе не наблюдалось недоношенности, росто - весовые параметры новорожденных соответствовали средним показателям, выписывались из роддомов в срок. Обращает внимание на себя тот факт, что в основном, это были единственные дети в семьях.

Большинство испытуемых данной группы в раннем детском возрасте были слабыми, болезненными детьми, часто страдали хроническими воспалительными заболеваниями (ангины, отиты, бронхиты). Однако в целом развитие испытуемых протекало в соответствии с возрастными нормами, а развитие высших психических функций часто шло с опережением средних возрастных показателей. Уже к году формировались навыки развитой речи, отмечался значительный словарный запас, любознательность и познавательная активность. Испытуемые данной группы предпочитали развивающие игры, с удовольствием играли в мозаику, конструкторы, рисовали. В детском дошкольном коллективе только половина детей стремились к лидерству, остальные удовлетворялись второстепенными ролями, но держались обособленно, порой открыто сопротивлялись лидерам.

В дошкольном возрасте у испытуемых порой отмечались страхи темноты. Они часто требовали не выключать свет, либо капризами добивались присутствия взрослых ночью. При этом они рассказывали, что в темноте прячутся чудовища, инопланетяне,

а порой и подкрепляли свои фантазии рисунками. Себя в своих фантазиях представляли сильным и добрым героем. Игры и фантазии испытуемых отличались сюжетностью, художественной образностью, проработкой деталей. Взрослые часто отзывались о таких испытуемых как о талантливых детях, схватывавших все на лету, но непослушных, а порой и избалованных.

В старшем возрасте испытуемые представляли себя персонажами фильмов «боевиков». Мучительно переживая свои неудачи и нанесенные им обиды, они представляли как именно избивают и мучают своих обидчиков. У других испытуемых фантазии реализовались в практические действия. Так, один испытуемый выстриг во время тихого часа, у обидевшей его девочки волосы, другой налил клей в ботинки воспитателя, третий насыпал битое стекло около кроватей, а многие просто избивали своих врагов, призывая на помощь старших и более сильных детей. Фантазирование у детей второй группы носило более «корыстный» характер. Часто они представляли себя детьми обеспеченных родителей, фантазии в основном касались удовлетворения материальных запросов. Нередко говорили, что скоро уедут жить за границу, или имеют «в Штатах богатого дядю». Для того чтобы подтвердить свои слова, они демонстрировали импортные вещи, которые служили доказательством престижа. Часто для получения желаемого они устраивали скандалы с плачем и истерическими припадками, или же долго молчали, не разговаривали со взрослыми, прикидывались больными.

Во второй группе примерно половина испытуемых посещала детские дошкольные учреждения, и основной опыт взаимодействия со сверстниками они приобретали в школе. В школе испытуемые второй группы обучались неохотно, успеваемость в большинстве случаев была невысокой. У них отсутствовали стойкие интересы, менялись увлечения, порой не было любимых предметов. С

учителями, как правило, многие находились в конфликтных отношениях. Истерическая установка многих декларировалась следующим образом: «я не такой как все», «я лучше многих», «я сам по себе и никто меня не интересуется». Такое отношение к учебе и окружающим, экстравагантные наряды, вызывающее поведение – выделяло испытуемых из толпы, обращало на себя внимание. Отношения со сверстниками у данной группы испытуемых складывались двояко: часть из них становились неформальными лидерами в коллективе, умели организовать около себя детей, подчинить их своему влиянию; другие то и дело меняли своих друзей и подруг, не пользовались авторитетом в подростковой среде. Желание постоянно быть в центре внимания, и нравится, приводило к тому, что они весьма щепетильно относились к своей внешности, одежде, причёске. Так один испытуемый не мылся и не стригся в течение полугода специально. Когда он привел свой внешний вид в порядок, то добился своей цели: окружающие обратили на него внимание. Чтобы утвердиться в роли неформального лидера, испытуемые начинали рано курить, распивали алкогольные напитки, вступали в сексуальные контакты с девушками значительно старше их по возрасту. Кроме этого, подростки старались подчеркнуть свою «особенность» тем, что пробовали употреблять наркотические препараты и вдыхали пары средств бытовой химии с целью одурманивания. Однако, в большинстве случаев, это были эпизодические случаи. Как рассказывал один испытуемый, «особого блаженства не испытал, а перспектива стать грязным и опустившимся наркоманом мало привлекала», другие объясняли такие эпизодические приемы «чисто житейским интересом», а быстрое прекращение «становишься таким же наркоманом, как и все», т.е. стиранием индивидуальных черт личности. У некоторых испытуемых первые судимости были связаны непосредственно с распространением наркотических препаратов,

но наркоманами они, как правило, не были.

В отношении сверстников испытуемые данной группы отличались завистливостью, лживостью, жестокостью и злопамятностью. Друзей практически у этих испытуемых не было. Многие из них, не смотря на высокие коммуникативные качества, теряли вновь приобретаемых друзей из-за неуживчивого характера, ссорились из-за пустяков, обижались и немедленно начинали мстить за выдуманные обиды. Месть обычно носила более жестокий и развернутый характер по отношению к «нанесенной» обиде. Так, молодая учительница поставила испытуемому низкую оценку за сочинение, мотивируя это тем, что ученик все списал с книги. При этом она осмеяла его поступок перед классом, где ранее испытуемый считался хорошим учеником. Спустя два года, она споткнулась на мыльной крошке, которую он рассыпал у лестницы. Девушка упала с лестницы, получив травму позвоночника, она стала инвалидом. Но испытуемый долгое время сожалел, что она не умерла, пока не понял, что теперь она «будет мучиться всю жизнь».

Подростковый возраст испытуемых в исследуемой группе проходил по трем моделям. Первая модель включала в себя испытуемых, которые были открытыми, общительными, легко приобретали друзей, но не стремились к лидерству как таковому, хотя их прельщала роль неформального лидера. Испытуемые увлекались музыкой, художественным творчеством, театром и т.д. Такие подростки стремились к «избранному обществу», были манерными и богемными, считали, что несут «элемент избранности». Им было необходимо, чтоб ими восхищались, чтобы они были в центре внимания, и ни не гнушались никаких средств. Так один испытуемый, хорошо писал, стихи и декламировал их. Однако, директор школы отклонил его просьбу прочитать свое стихотворение на городском конкурсе чтецов, посоветовав прочесть «что-нибудь из Пушкина».

Испытуемый сочинил свое стихотворение, выдав его за произведение А.С. Пушкина. Завоевав первое место в том конкурсе, испытуемый с трибуны объявил о своем обмане и что директор школы «не дает развиваться молодым талантам». Возник скандал, чем испытуемый был очень доволен.

Вторая модель характеризовалась сглаживанием истерических черт, они приобретали парциальный характер. Такие испытуемые имели какие-то внешние дефекты, либо воспитывались в условиях избыточной строгости и гиперопеки. Таких испытуемых часто дразнили в детстве, не принимали в игры, либо в них отводилась незначительная роль. Многие из них находили «отдушину» в фантазиях, чтении книг, в формировании собственных, не свойственных сверстникам интересов и увлечений, например, философии, религии и мистики. Другие старались компенсировать себя в учебе, хорошо учились, нередко ставились в пример другим ученикам своим усердием и знаниями. Однако, это способствовало еще большему разрыву отношений между ними и сверстниками. Обычно такие испытуемые становились изгоями среди ровесников и имели приятелей среди взрослых людей. В последствии многие из них становились членами религиозных групп и течений. Так один испытуемый, стал членом религиозной секты, только потому, что к нему там относились без насмешек, ценили и восхищались его знаниями, а полученное в детском возрасте увечье, которого очень стеснялся, стал расценивать как «отличительный знак данный свыше». Он получил желаемое ранее внимание, старался добиться признания и сделался центральной фигурой в данной секте, стал капризным и манерным, т.е. приобрел те черты, что отмечались у него в детстве.

В рамках третьей модели, испытуемые с истерическим расстройством личности становились членами асоциальных молодежных группировок. В основном это были молодые люди не

только из материально неблагополучных семей, но и дети обеспеченных родителей. Тогда принадлежность к асоциальному слою являлась своеобразным протестом против родительского диктата, вызовом сложившимся микросоциальным отношениям и своеобразным «позорным пятном на репутацию уважаемых родителей» (А. Маслоу, 1999). Часто демонстрируя изворотливость, показную холодность, жестокость и цинизм, они нередко в последствии становились главарями преступных групп. Так, один испытуемый, чтобы доказать свою общность к преступной группе, не только ограбил знакомого, но и жестоко избил. Другой же в порыве гнева задушил собаку главаря конкурирующей бандитской группировки, за что был признан старшим в своей банде и чем очень гордился в последствии.

Во многих случаях изменения развивались исподволь и достигали максимальной выраженности к 16-18 годам, но впоследствии компенсировались, сглаживались, приобретали в большинстве более или менее социально приемлемые формы.

Отношения в семье у многих испытуемых складывались плохо. Лишь в небольшой доле случаев родителям удавалось сохранить свое влияние на подростка. Испытуемые часто уходили из дома, совершали кражи денег дома, предметов обихода, отсутствовали неделями, проводя время на улице и, ночуя где попало, порой у сомнительных знакомых, порой на вокзалах или прямо на улицах. Так, один испытуемый из материально благополучной семьи неоднократно сбегал из дома, похищая крупные суммы денег или ювелирные украшения матери, уезжал в другие города, проматывал деньги, занимался мошенничеством и спекуляцией, кражами, за что и был привлечен к уголовной ответственности.

Подавляющее большинство испытуемых данной группы не проходили службу в армии. Как правило, накануне призыва они уклонялись от службы, не являлись по повесткам в военкоматы, симулировали у себя соматические заболевания, некоторые

открыто заявляли, что «откупились от службы взяткой». Как способ избежания несения воинской службы, была распространена симуляция психического заболевания и наркомании, хотя на самом деле наркоманами испытуемые не являлись. При этом они часто совершали демонстративные суицидальные попытки, угрожали убить себя и близких, симулировали наличие у себя бреда и галлюцинаций. Примерно треть испытуемых не служили в Армии, в связи отбыванием срока наказания в местах лишения свободы. Проходили службу в Армии только около четверти испытуемых. Из них половина испытуемых была комиссована с диагнозом: «Истерическая психопатия» спустя несколько месяцев после призыва, что может служить доказательством завершения формирования психопатологической личности в этой группе к 18 годам. Примерно четверть призванных в Армию испытуемых были комиссованы в связи соматическими заболеваниями и травмами, которые они приобрели во время службы. Испытуемые конфликтовали с сослуживцами, часто нарушали воинскую дисциплину. Только единицы служили без особых замечаний.

Испытуемые второй группы, в связи с трудным экономическим положением в стране, не могли устроиться на работу по полученным специальностям. Нередко они подрабатывали торговлей на рынке или другими случайными видами работ. Часть испытуемых тунеядствовали, находились на содержании у родных. Некоторые предпринимали попытку заняться бизнесом, нередко на первых этапах дело процветало, приносило крупный доход. Достигнув значительного материального уровня, такие испытуемые переставали заботиться о своем благосостоянии, ударялись в кутежи, пьянствовали, часто меняли сексуальных партнеров, пробовали наркотические препараты, однако прекращали их прием до формирования стойкой зависимости. По мере того, как финансовый поток становился скудным, они начинали лихорадочно спасать пошатнувшийся бизнес, совершали



много экономических ошибок, влезали в долги, пускали в совладельцы главарей криминальных групп, что в основном приводило к полному краху некогда процветавшего бизнеса. На фоне психотравмирующей ситуации часто развивались состояния декомпенсаций истерического расстройства личности. И тогда испытуемые либо совершали суицидальные попытки и правонарушения, либо госпитализировались в психиатрические стационары.

Другая часть, в основном испытуемые получившие высшее образование, стремились к активной, творческой работе. Однако они были склонны к различного рода авантюрам, часто возлагали на очередное начинание чрезмерные надежды. Полагаясь на несбыточный успех, испытуемые не могли должным образом спланировать развитие ситуации, в результате чего они претерпевали полный крах. Одержимые жадой успеха и всеобщего признания, склонные к переоценке своих сил, опыта и знаний, чрезвычайно меркантильные, они болезненно переживали свои промахи, совершали суицидальные попытки в случае неудач, которые носили не только демонстративный, но и явно шантажный характер. В отчаянии, что рухнет тщательно ими построенный имидж благополучного человека, они были способны на любые безрассудные поступки. Один испытуемый жил впроголодь, но при этом продолжал жить светской жизнью, менял наряды.

Для большинства испытуемых данной группы были характерны аффективные нарушения, как правило, у них доминировало приподнятое настроение, были характерны резкие, порой беспричинные его снижения, сопровождавшиеся отчаянием злобой на окружающих, желанием им отомстить за мнимые и реальные неудачи. Подобные состояния длились недолго, сменяясь жадой деятельности, испытуемые без раздумий брались за реализацию первой пришедшей им в голову идеи.

Многие испытуемые вступали в брак очень рано, и такие

браки быстро распадались. Причиной распада семей служили измены испытуемых своим женам, постоянное требование внимания к себе, нежелание испытуемых принимать участие в семейных делах, решении бытовых вопросов, их неумеренная тяга к трате денег, совершению ненужных покупок, непрерывные скандалы, инициаторами которых являлись они сами. Если после развода оставались дети, то немногие испытуемые тепло относились к ним, баловали их, продолжали встречаться с детьми и старались материально поддерживать их. Многие испытуемые в данной группе не вступали в брак и не стремились к законному браку, ограничиваясь частой сменой сожительниц или любовниц. Не стремились заводить детей, считая их обузой личному счастью. В качестве причины такой позиции указывали, что им иногда требуется одиночество и свобода, что постоянные отношения с одним человеком тяготят их, а также ссылались на то, что «обычные браки не в моде» и т.д. Среди испытуемых этой группы встречались лица с гомосексуальной и бисексуальной ориентациями, которые даже в условиях заключения не скрывали этого.

Патохарактерологические характеристики лиц с истерическим расстройством личности в данной группе описаны в главе 2. Следует добавить, что наряду с классическими истерическими чертами у таких испытуемых встречаются гораздо чаще совсем не присущие данному виду черты: эксплозивность, ранимость, интравертированность, отгороженность и эмоциональная лабильность. Завышенная самооценка, эгоцентрические установки, склонность неустойчивости аффекта, фантазирование и претенциозность становятся как бы главным стержнем на который нанизываются другие неспецифические свойства личности. С учетом клинических особенностей и наличия в структуре личности различных радикалов, следует выделить значительное преобладание «смешанных истерических личностных

синдромов» над чистыми истерическими проявлениями. В группе смешанных симптомов преобладали истеровозбудимые (51,6%), истерошизоидные (21,8%), истероэпилептоидные (19,2%), истерогипертимные, истеротормозимые и др. смешанные истерические симптомы составили (6,5%).

Невротический вариант динамических сдвигов истерического расстройства личности в данной группе наиболее часто встречается и представлен в основном в виде истероневротических и вазовегетативных реакций, а также невротической депрессией. Большую роль в возникновении истероневротических и вазовегетативных реакций играли присоединение к ситуативным вредностям соматогений. Часто соматогении развивались на фоне аффективных расстройств с депрессивной окраской. Так, у лиц склонных к самовзвинчиванию и ярко экспрессивности проявления чувств на фоне аффективных колебаний, тревоги и страха проявлялась тенденция к возникновению соматоформных расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, а у лиц склонных к астении и ипохондрической фиксации – расстройств желудочно-кишечного тракта. Такие испытуемые нередко аггравировали свои ощущения, предъявляли массу жалоб, требовали к себе повышенного внимания со стороны медицинского персонала и окружающих, пытаясь тем самым подчинить себе и попытаться извлечь из сложившейся ситуации выгоду. У испытуемых второй группы практически не возникали двигательные расстройства и расстройства чувствительности. Невротическая депрессия у испытуемых, как правило, дебютировала с ярких эмоционально-вегетативных проявлений с вкраплением обсессивно - фобических элементов. С течением времени на фоне сниженного настроения у испытуемых снижается острота эмоционального реагирования и вазовегетативные расстройства отходят на второй план, обнажая астеноипохондрическую симптоматику с скрупулезным анализом

внутренних ощущений и переходом в невротическое ипохондрическое развитие. По мере нарастания тяжести болезненного состояния происходило усиление истерических черт, возникновение ворчливости, придирчивости и парциальное снижение критики к своему состоянию, что приводило к переходу в другие варианты динамики истерического расстройства. Патохарактерологический вариант представлен у данной группы испытуемых в виде декомпенсаций, психопатических реакций, фаз и патологического развития. Появлению клиники декомпенсации предшествовали способствовали заострения вторичных и первичных характерологических особенностей, что приводило к гротескному усилению истерических черт и способа реагирования. Психопатические реакции протекали по типу резкого усиления привычного способа реагирования в ответ на различные психогении с истерическими механизмами фиксации фантазирования и имитации различных соматических страданий. Особенно часто возникали такие реакции имитации по типу синдрома Мюнхгаузена при объективно трудных и индивидуально неразрешимых ситуациях в условиях заключения. Испытуемые совершали самоповреждения имитируя атипичные кожные заболевания или вызывая намеренное нагноение ран или глотанием инородных тел с целью вызвать хирургическое вмешательство. Демонстративность и театральность, склонность к псевдологии, однотипность реагирования на трудности заключения по механизму «ухода в болезнь», «жажда сочувствия» удовлетворяются испытуемыми за счет имитации соматического страдания (соматогенный вариант патологического фантазирования по В.Я. Семке.). В нашем исследовании развитие личности в данной группе происходило по двум вариантам: типичному и нетипичному. Типичное развитие для истерической личности (однозначный тип психопатии по Гусинской Л.В.) проходило по двум классическим истерическим механизмам:

«жажды успеха» и «бегство в болезнь». Нетипичное психопатическое развитие личности наблюдаемое в данной группе способствовало тому, что в клинической картине истерического расстройства личности появлялись новые черты не свойственные этому расстройству. Они возникали по «механизму порочного круга психопатов» (О.В. Кербинов), когда заострение первичных истерических черт, высокое самомнение и экспансивные эгоцентрические установки истерической личности вступали в неизбежный конфликт с окружающим микросоциумом и аффективно-когнитивные истерические реакции фиксировались с развитием сверхценных идей отношения, ревности, сутяжничества и др. В основе сверхценных идей у испытуемых часто имели место реальные факты, которые в силу личностных установок испытуемых и мышления с оттенком аффективности толковались несколько неверно и фиксировались в подсознании испытуемых. Но в целом не имели ничего общего с бредообразованием, оставались на уровне сверхценных идей, могли подвергаться обратному развитию при разрешении личностно-непреодолимой ситуации в целом. Паранойяльное развитие личности, а также ипохондрическое и эксплозивное развития составляли эту группы динамики истерического расстройства. Реактивно-психотический вариант у данной группы испытуемых в целом не отличался от вышеописанных проявлений у испытуемых первой группы. Обращает на себя внимание тот факт, что общее число испытуемых с реактивно-психотическими проявлениями значительно меньше чем у испытуемых всех остальных групп.

Преступления, совершаемые испытуемыми данной группы можно разделить на две основные модели. Первая модель представляет собой преступления случайные, т.е. без предварительного планирования, которые совершались спонтанно, нередко с явным недоучетом ситуации. Так желая только «напугать» жертву, они совершали убийство. Ведущими мотивами являлись аффектогенные

и психопатическая актуализация. Вторая модель представляет собой тщательно спланированное преступление, с ролевым сценарием преступных действий сообщников и списком жертв. Эта модель хорошо прослеживается в работе преступных сообществ и бандитских группировок, где порой испытуемые с истерическим расстройством личности являлись либо генераторами преступных идей, либо возглавляли эти группы. Обращает на себя внимание тот факт, что ведущими являются корыстные мотивы, и лишь в половине случаев корыстные мотивы, столь часто указываемые испытуемыми, служили формальным прикрытием для истинной побудительной причины преступления.

Первая модель имеет своеобразный механизм развития криминальной ситуации. Весь период совершения преступления можно условно разделить на три этапа реализации. На первом этапе испытуемые начинали действовать неадекватно ситуации, у них как правило господствующим мотивом являлся гнев, они чувствовали себя оскорбленными потерпевшими или сложившимися обстоятельствами, и предпринимали ответные действия, по своему характеру заведомо превосходившие степень причиненного им реального или вымышленного ущерба. На втором этапе испытуемые обычно констатировали или начинали понимать, что вроде пора остановиться, но не могли себя сдержать. Так, в частности, происходило в большинстве случаев убийств. Начав драку, испытуемые переходили к более решительным и агрессивным действиям. Они начали избивать уже поверженного противника камнями или палками, а иногда специально возвращались с оружием и добивали потерпевшего. На третьем этапе наступало формальное осознание происшедшего, доминировал аффект злорадства, сменявшийся депрессивным аффектом, страхом наказания, чувством безысходности. Во всех случаях испытуемые понимали противоправный характер своих действий.

Вторая модель имеет часто механизм включающий в себя несколько стадий. Первая стадия состоит в выборе и слежке за жертвой, тщательной проработке плана преступления и подбора подельщиков. Вторая стадия, в совершении преступления и в зависимости от успеха и отсутствия наказания, формирования преступной группы с ее внутренней иерархией и законами. По мере совершения новых преступлений, по мере возрастания безнаказанности, у членов преступной группы притупляется чувство опасности, страха понести заслуженную кару за нарушение закона. Формально они понимают, что нужно остановиться и прекратить преступления, но не могут остановиться. Делают ошибки и попадают в руки правосудия. Часто ведущий мотив преступлений в таких группах меняется. Первоначальный мотив психопатической самоактуализации меняется на корыстные мотивы, затем корыстные мотивы уступают место мотивам аффектогенным, перверзным, ситуационно-импульсивным и т.д. Следует также обратить внимание на то, что испытуемые данной группы совершали самые жестокие преступления, жертвами которых нередко становились

Клинический случай, иллюстрирующий наши наблюдения, и его анализ приводится в приложении (см. Приложение 2).

### **3.3. Сравнительный клинико-динамический анализ 1 и 2 групп.**

При сравнительном анализе проявлений истерического характера у лиц первой и второй групп в первую очередь хочется подчеркнуть, что идет сравнения представителей двух разных поколений и что произошедшие за последние пятнадцать лет события в нашей стране и во всем мире коренным образом повлияли на людей, произошла некоторая переоценка происходящих ранее событий, сменился не только политический строй, но и произошла ломка в системе ценностей и воззрений. Сложнейшие социально-экономические преобразования

общественной жизни, нарастающая информатизация общества, загрязнение окружающей среды, влиянием экзогенных, а также эндогенных факторов на иммунореактивность организма людей также имело свое отражение в клинике психических расстройств. Истерическое расстройство личности стало одним из них. Хочется повторить слова Р. Pichot о том, что истерия всегда была продуктом и барометром эпохи, чутко реагирующем на малейшие изменения в обществе.

Первым отличием при сравнительном анализе социально-демографических показателей второй группы от первой явилось увеличение возраста испытуемых (1 группа = 26,6 лет; 2 группа = 32,3 лет). Таким образом, наше исследование подтвердило гипотезу И.М. Сливко (1965), в которой он отмечал тенденцию к постарению контингента среди пациентов с различными формами психопатий. Следует отметить увеличение количества патологии беременностей у матерей и патологии родов у испытуемых второй группы, наследственные факторы предрасположенности к психическим расстройствам в целом имеют соизмеримо равные показатели в обеих группах. Настораживающим моментом является увеличение алкоголизма и пьянства среди матерей испытуемых второй группы, а также приблизительно равный процент распределения психической патологии среди родственников первой степени родства практически во всех группах. Настораживающим фактом является наличие криминального прошлого у родственников испытуемых и в среде воспитания. Это позволяет подтвердить заключение А.О. Фильц, L. Ljungberg, R. C. Cloninger, A.D. Forrest о значительном определяющем значении генетических механизмов в развитии личностных расстройств и предрасположенности к социопатическим проявлениям. Также немаловажным фактом является тот, что практически все испытуемые второй группы являлись с рождения городскими жителями. Урбанистический образ жизни также



наложил свой отпечаток на особенности воспитания и поведенческие стереотипы.

Изменилась структура экзогенных вредностей. На смену таким экзогенным вредностям у испытуемых первой группы как злоупотребление алкогольными напитками и тяжелые инфекционные заболевания, пришли токсикоманические и наркотические эпизоды, влияние загрязненной окружающей среды и увеличение радиационного и электромагнитного излучений у испытуемых второй группы. Ухудшилось также и общее состояние здоровья испытуемых второй группы за счет большого количества хронических заболеваний, возникших до судебного-следственной ситуации. На передний план стали выдвигаться сочетание псевдосоматических жалоб и вазовегетативных, нейроэндокринных и сексуальных дисфункций.

Изменение социального статуса контингента испытуемых второй группы, значительное возрастание общего образовательного уровня и одновременно снижение количества испытуемых занятых в сфере высококвалифицированного труда представляет собой достаточно типичную картину связанную с непосредственно с проявлением клиники истерического расстройства и их социопатической направленностью их адаптации в современном обществе. Испытуемые второй группы в большинстве случаев демонстрируют разительное равнодушие к таким социальным нормам как служба в армии, вступление в брак и карьерный рост на рабочем месте, что в той или иной степени проявляется или хотя бы декларируется испытуемыми первой группы. Испытуемые первой группы более стеничны, демонстрируют явные лидерские задатки, более коммуникабельны, хотя и в своем поведении более конформны и относительно социализированы.

При анализе клинических проявлений во второй группе испытуемых истерическое расстройство личности приобретает

новые, не присущие ему ранее личностные патохарактерологические черты. Присутствие таких черт как заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям, отсутствие близких друзей или доверительных отношений с другими людьми (элементы шизоидного расстройства личности F 60.1), крайне низкая толерантность к фрустрациям, бессердечное отношение к чувствам других ради своей выгоды, неспособность поддерживать длительные дружеские отношения и склонность к внешнеобвиняющим установкам (элементы диссоциального расстройства личности F60.2), эмоциональная неустойчивость, вспышки жестокости с сериями суицидальных угроз или актов самоповреждения (элементы эмоционально неустойчивого расстройства F 60.3) как бы вкраплены в основную личностную канву истерического расстройства. Происходит значительное снижение конверсионных синдромов, которые замещаются соматоформными расстройствами базирующихся на сверхценных идеях с элементами фобических переживаний. Испытуемые с истерическим расстройством личности поставлены в более жесткие условия социальными преобразованиями, и без того дисгармоничная личность в трудных условиях приспособляется с выработкой не присущих ей ранее черт, которые возможно помогают ей адаптироваться в сложившейся объективно трудной ситуации.

Основные отличия выявлены также в клинике динамических сдвигов. Следует отметить очевидный факт, что в условиях заключения под стражу у испытуемых всех групп в силу увеличения неблагоприятных микросоциальных условий происходил срыв компенсаторных личностных механизмов, что приводило к динамическим сдвигам различного рода. Невротический вариант динамики истерического расстройства личности у испытуемых второй группы не только более широко представлен, но имеет несколько типологических различий. В целом течение

невротических ухудшений состояний было прерывистым или волнообразным, соматогении приводили к затяжному течению с переходом в невротическое ипохондрическое развитие у испытуемых второй группы. Психопатические реакции у этих испытуемых иногда напоминали реакции эмоционально-неустойчивых психопатов, которые напоминали классические «взрывные реакции» (Б.В. Шостакович, 1974). Принципиальным различием являлись проявления патохарактерологического варианта динамики у испытуемых второй группы, когда происходила истерическая фиксация фантазирования и псевдологии с трансформацией в эпизоды имитации соматических страданий по типу синдрома Мюнхгаузена. Также некоторое увеличение в картине истерического расстройства личности элементов бредоподобного фантазирования во второй группе в целом соотносится с данными В. А. Гурьевой и А. В. Лашковой (2000). Клиническая картина декомпенсаций истерического расстройства у испытуемых второй группы носит менее гротескный характер, стала многогранней в своих проявлениях за счет появления новых ранее не присущих истерическому расстройству черт характера, а также приобрела склонность к более затяжному течению. Увеличение нетипичных для истерического расстройства личности форм патологического развития, а также включение в клинику психопатологический фаз соматоформных элементов, служивших источником астеноипохондрических и фобических реакций, у испытуемых второй группы заставляет предполагать не только о внутрисиндромальных трансформациях, но и о качественных и количественных изменениях в клинике динамических сдвигов в целом. В последние десятилетия практически исчезли из судебно-психиатрической клиники тяжелые диссоциативные расстройства. Если у испытуемых первой группы иногда в единичных случаях встречались такие синдромы или их

редуцированные элементы такие как псевдодеменция, пуэрилизм, истерический ступор и припадки, истерические двигательные расстройства, выпадения функций органов, то сейчас эти расстройства не встречаются.

Все вышеуказанные особенности современной клиники истерического расстройства личности в условиях судебно-психиатрической клиники не теряют констатированной Т.Б. Дмитриевой (1999) четкой взаимосвязи психопатологической симптоматики и основного стержня личностного расстройства. Указанные выше особенности позволяют говорить о том, что произошел интранозоморфоз истерического расстройства личности, т. е. изменение клинической картины определенного психического расстройства в пределах свойственных ему синдромов, соотношения симптомокомплексов, соотношения между формами течения внутри одной нозологии. Сравнительный анализ показывает, что патоморфологические изменения коснулись не только количественного, но и качественного состава синдромов истерического расстройства, что позволяет говорить о интрасиндромальном и интерсиндромальном патоморфозе не только самой клиники расстройства, но и его динамики. Благодаря сравнительному клинико-анамнестическому анализу можно констатировать такие формы истинного патоморфоза как биологический (экологический патоморфоз в структуре эндо- и экзогенных вредностей), социальный (культуральный и демографический), смешанный (возрастной). К проявлениями ложного патоморфоза истерического расстройства личности можно отнести экономические и концептуальные изменения в трактовке клиники истерического расстройства.

#### Глава 4. Клинико-динамический анализ катамнеза лиц с истерическим расстройством личности.

---

-

В психиатрической диагностике важную роль играет катамнез. Понятие «катамнез» включает клиническую оценку информации, полученную через определенный промежуток времени – после первого медицинского обследования и лечения больного, причем эта информация основывается на результатах повторного наблюдения, которое может быть как однократным, так и длительным.

Исследование материалов длительных катамнезов позволяют оценить количественные и качественные изменения клинической картины психического расстройства на протяжении всей жизни больного, имеет высокую диагностическую ценность, служит главным верифицирующим доказательством правильности установленного диагноза, а также дают возможность оценить клинические варианты динамики этого расстройства. Данные о роли катамнеза в судебно-психиатрической практике (Морозов Г.В. 1978, Лунц Д.Р., 1971, Ландау Я.Л. 1987, Тальце М.Ф., 1971, Ф.М. Кондратьев, 1987, Печерникова Т.П., 1983, Шубина Н.К., 1989, Наталевич Э.С., Боброва И.Н., 1983) свидетельствуют о том, что применение катамнестического метода при повторных судебно-психиатрических экспертизах, позволяет провести оценку диагностики и обоснованности экспертных решений, выявить наиболее типичные затруднения в практической работе экспертов, приводящие к диагностическим и экспертным расхождениям. Следует полагать, что если психиатрический диагноз являет собой познавательный процесс, то соответствует диалектической формуле «от живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике». Таким критерием практики в судебно-психиатрической

экспертизе является катамнез, который всегда акцентирует свое внимание на соотношении клинических данных и социальных показателей. Для нашего исследования катамнестическая группа испытуемых с истерическим расстройством личности позволяет не только проследить возрастную динамику, а также служит своеобразным разграничителем, позволяющим выявить истинную патоморфологическую трансформацию истерических синдромов.

#### **4.1. Социально-биографическая характеристика третьей группы.**

Катамнестическое исследование было проведено у 42 мужчин с истерическим расстройством личности, которые неоднократно проходили судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦССП им. Сербского в разное время, начиная с 1956 г. по 1999-2000 г.г. Средний возраст испытуемых при поступлении составлял 22,5 лет, а при последнем сроке прохождения СПЭ он составлял 39,7 лет. Как следует из мнения, поддерживаемого большинством как отечественных так и зарубежных авторов (Носк А., 1979, Lehtinen K., 1981, Гурьева В.А., Гиндикин Г.Я., 1987, Личко А.Е. 1985, Шостакович 1987 и др.) конституциональные факторы в сочетании с неблагоприятными условиями микросоциума играют ведущую роль в формировании расстройств личности у индивидуума. Наши данные совпадают с мнением R. C. Cloninger (1985), A.D. Forrest (1989) об определяющем значении генетических механизмов в развитии личностных расстройств и их влиянии на глубину и раннее развитие патохарактерологических черт характера у лиц с истерическим расстройством и генетической отягощенности психическими заболеваниями, вызывающим предрасположенность к социопатическим проявлениям. У половины испытуемых отмечалась наследственная отягощенность различными психическими расстройствами. В примерно в половине случаев у отцов испытуемых отмечались частые злоупотребления алкогольными напитками, в 3-х случаях - алкоголизмом страдали матери

испытуемых, во почти всех семьях все испытуемые отмечали традиции бытового пьянства среди родственников. У восьми родственников испытуемых в анамнезе имелись эндогенные заболевания, у двоих – эпилепсия, у двух испытуемых сибсы страдали олигофренией, у четверых родственники по материнской линии покончили жизнь самоубийством.

Следует отметить, что протекавшие беременность и роды у матерей испытуемых были относительно благополучными. Только в трех случаях беременность у матерей испытуемых протекала с токсикозами, в двух случаях испытуемые родились недоношенными детьми, наблюдались стремительные роды, и ранняя постнатальная патология.

Испытуемые третьей группы воспитывались в основном в многодетных семьях: из них 14 были старшими детьми, 3 – средними, 17 – младшими детьми. Только пятеро испытуемых были единственными детьми в семье. В качестве рабочей гипотезы многими исследователями высказывалось предположение, что воспитание в условиях многодетных семей, сопровождающееся вынужденной, неизбежной депривацией, стимулирует в качестве гиперкомпенсаторных механизмы реагирования по истерическому типу, такие как жажда признания, желание быть на виду, стремление к лидерству и т.д.

Только 14 испытуемых воспитывались в полных семьях, 16 человек воспитывались без отца, 2 – без матери, 2 – в детских домах, 2 были усыновлены в раннем детстве и воспитывались у приемных родителей, 6- воспитывались у близких родственников. Более половины испытуемых отмечали, что отцы практически не принимали участие в их воспитании, подвергали их физическому насилию и моральному унижению, также отмечали эпизоды внутрисемейной агрессии. Теплые отношения в основном были с матерями, а также с бабушками, которые принимали порой активное участие в воспитании испытуемых. Отношения с другими

родственниками нередко были безразличными, а порой носили характер активного неприятия доходящего до агрессивных действий. Так в отношении сибсов часто вспыхивали конфликты на фоне отрицательных отношений. Эти конфликты в детском возрасте приводили к довольно натянутым отношениям уже в зрелом возрасте, и невозможности наладить хорошие отношения между родственниками.

В половине случаев (23) отмечались снижения контроля и заботы со стороны родителей. В условиях гипоопеки в основном оказывались дети из неблагополучных семей, где родители страдали алкоголизмом. 3 отмечали наличие у себя «синдрома Золушки», когда находились на воспитании у родственников. В таких семьях алкогольные эксцессы сопровождались внутрисемейной агрессией. Стараясь избегать участия в подобных конфликтах, эти испытуемые совершали побеги из дома, проводили время в компаниях асоциальных подростков, попадали под влияние лиц с криминальным прошлым. Около половины испытуемых третьей группы в подростковом возрасте совершали мелкие хулиганские действия, вымогательства денег у младших детей и кражи продуктов, за что неоднократно задерживались работниками милиции и состояли на учете в ИДН. В таких случаях, прежде всего, происходила фиксация отрицательных характерологических свойств за счет прямого подражания неправильному поведению окружающих (фиксированные реакции имитации Р. Бэрона, Д. Ричардсона). Иногда такое культивирование патохарактерологических черт личности происходило за счет неправильного воспитания родителей, когда поощрялись реакции гнева и раздражительности, несдержанность, принимаемые взрослыми как проявления смелости и самостоятельности суждений и отстаивании своей точки зрения.

У большинства таких испытуемых складывалась неприязненные или же безразличные отношения с родителями, их



также мало интересовала жизнь их братьев, находившихся в таких же плохих материально-бытовых условиях, обусловленных пьянством родителей. В общении со сверстниками и учителями они проявляли холодность, безразличие, жестокость и грубость. Пребывание в детских домах не могло также компенсировать утраченную родительскую заботу и общение. Находясь в условиях родительской депривации, на полном государственном обеспечении они фактически воспитывались в условиях безнадзорности, что приводило к формированию аномалии личности и девиантного поведения. Почти половина испытуемых в подростковом возрасте начинали курить и употреблять спиртные напитки, двое пробовали курить анашу, четверо познакомились с вредными привычками в младшем школьном возрасте. Как показал анализ полученных данных, у испытуемых основным мотивом для употребления алкогольных напитков было неосознанное стремление к познанию «новых ощущений», любопытство, «подражание старшим», «стремление казаться взрослым», «быть своим в компании». Затем многие отмечали, что на передний план становился мотив псевдокомпенсации тягостных переживаний, «напиться и не видеть».

Только двое испытуемых воспитывалось в условиях гиперопеки, у двоих тип воспитания носил оттенок «кумира семьи», что также формировало глубокие патохарактерологические черты личности. Такой тип воспитания приводил к культивированию самолюбования у этих испытуемых, эгоцентризма, стремления привлечь к себе внимание, дезорганизации и нарушениям адаптации в среде сверстников, избирательности контактов, попыткам ориентации на поведение взрослых, чтобы выглядеть значительнее. Такое поведение отражалось на характере игровой деятельности. В основном игры проходили в младших детских коллективах, где испытуемые проявляли лидирующую роль, а в отношениях со сверстниками занимали подчиняемую роль, или же,

как единичных случаях характер игры носил аутичный характер. Лидирующую роль среди сверстников старались занимать практически все испытуемые. В основном у таких испытуемых истерические черты характера проявлялись уже в детском возрасте, они были капризны, раздражительны, были склонны к агрессии и провоцировали конфликты и драки, позднее возглавляли уличные группировки подростков.

Насилие в семье также играло определяющую роль в становлении истерической личности. Примерно треть испытуемых отмечали проявления физического насилия со стороны взрослых, из них все отмечали, что это часто сопровождалось моральным унижением, а один испытуемый подвергся сексуальному насилию со стороны родственников. В основном агрессивные действия исходили со стороны отцов. Физическому насилию со стороны сверстников подвергались половина испытуемых, в 86% случаев испытуемые отмечали случаи морального унижения со стороны сверстников. Особенно подвергались насмешкам дети из социально неблагополучных семей. У некоторых испытуемых по компенсаторному механизму в качестве защитно-приспособительных реакций как компенсация таких черт как неуверенность в себе, сензитивность формировались такие качества как грубость, агрессивность, внешняя суровость. Агрессия становилась нередко одной из наиболее приемлемых форм реагирования на фрустрирующие и актуальные для субъекта ситуации. В основном срабатывал «импульсивный механизм переноса агрессии» (Л. Берковиц, 2001) от сильных окружающих агрессоров (в основном родители) на слабых окружающих (младшие братья, сверстники, животные).

В связи с неправильным поведением некоторые испытуемые (14) были госпитализированы в детском и подростковом возрасте в психиатрические больницы. Инициатива госпитализации исходила со стороны родителей и педагогов школ. Среди этого числа

испытуемых пять человек были госпитализированы неоднократно. Остальные испытуемые (24) перед прохождением судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦСП им. В.П. Сербского были госпитализированы в психиатрические стационары в взрослом возрасте. Треть испытуемых были направлены ВВК для решения вопросов о возможности прохождения службы в рядах Вооруженных сил, 5 человек направлялись на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, 3 – обращались сами к психиатру с жалобами невротического характера, 2 был поставлен диагноз декомпенсаций в виде психогенных реакций, либо истеродепрессивных фаз сопровождающихся демонстративными суицидальными попытками и направлялись на стационарное лечение.

Проходили службу в Армии только 3 человека. Остальные испытуемые: 11 человек не служили, так как находились в местах лишения свободы, 13 человек было освобождено от строевой службы до призыва (9 человек с диагнозом истерическая психопатия, 3 – невроз), 6- человек было комиссовано во время прохождения службы, 4 человека освобождено от службы в связи с соматической патологией. Как правило, служба у лиц с истерическим расстройством личности протекала со сложностями. Они с трудом подчинялись уставным требованиям режима, у них возникали трудности в установлении партнерских отношений с сослуживцами, отношение к приказам командования было негативистичным вплоть до неприятия, провоцировали конфликты внутри армейского коллектива, за что неоднократно подвергались дисциплинарным взысканиям.

Анализ образовательного уровня и трудового пути испытуемых показал, что половина испытуемых к моменту прохождения первой СПЭ в ГНЦСП имели неполное среднее образование и неполное профессиональное образование. Из них одиннадцать человек дублировали классы, у остальных была удовлетворительная

успеваемость. 18 человек имели полное среднее и среднее специальное образование. Двое человек имели незаконченное высшее образование. После отбытия срока наказания за первые преступления улучшили свое образование только шесть человек. Один закончил ВУЗ, один учился в школе рабочей молодежи, остальные закончили средние профессионально технические училища.

При анализе профессиональной занятости испытуемых обращает на себя внимание тот факт, что многие испытуемые имели работу, не соответствовавшую полученной ими рабочей квалификации, занимались неквалифицированным трудом, перебивались случайными заработками, а 6 человек к моменту первого освидетельствования вообще нигде не работали, находились на иждивении родных. Характеризуя трудовые отношения испытуемых с истерическим расстройством личности, нельзя не заметить, что им была присуща частая смена мест работы из-за натянутых отношений с сотрудниками и частыми конфликтами с руководством, не соблюдения графика работы. Особенно способствовала возникновению декомпенсации истерического расстройства работа, при которой обеспечивалась постоянная ежедневная норма труда, четкая размеренность трудового дня, однообразие трудового процесса. Также отмечалась тенденция снижения срока пребывания на каждом очередном рабочем месте вплоть до прерывания работы и перехода на случайные заработки или ведения откровенно паразитического образа жизни за счет средств родственников. В третьей группе 23% испытуемых привлекались к уголовной ответственности за тунеядство.

В целом ситуационная обусловленность компенсаций в клинической картине истерических личностей проявляется более отчетливо при анализе трудового и семейного анамнеза. Трудовая адаптация лиц с истерическим расстройством личности после освобождения из мест лишения свободы проходила с трудностями, в

основном одной из главных причин испытуемые называли нежелание работодателей брать лиц с судимостями на квалифицированную работу. Поэтому в основной массе трудоустройство было по рабочим специальностям, не требующим высокой квалификации. Как одно из условий наиболее полноценной трудовой адаптации испытуемые отмечали наличие творческого начала, четких рекомендаций руководства и планировки данной работы, а также большую роль играл микроклимат внутри коллектива.

Влияние на динамику психического состояния и социальной адаптации такого социального фактора как семья вносит целый ряд отрицательных и положительных моментов связанных не только с формированием патохарактерологических черт у личности, но и способствует выработке регуляционных и защитных механизмов. Практически все испытуемые, за исключением двух, состояли в браке. 27 человек состояли в браке дважды, 12 человек были женаты три и более раз. Только у двоих испытуемых от браков не было детей. Образ жизни испытуемых, выраженные истерические черты с внешнеобвиняющими установками и снижением эмпатии способствовали распаду брачных отношений. Разводам также способствовала разлука супругов, вызванная отбытием срока наказания в местах лишения свободы. В момент прохождения испытуемыми последней судебно-психиатрической экспертизы в Центре в браке находилось только 6 человек, из них 4 указывали, что брачные отношения с супругами фактически были прекращены задолго до указанного времени. У испытуемых отмечались в семейно-бытовых условиях при компенсации патохарактерологических черт следующие качества: взамен фантазерства - изобретательность в различных житейских ситуациях, склонность к осуждению неудач окружающих как компенсация незрелости и способ поднятия своего престижа и т.д.

Основными ситуационными факторами, приводящими к возникновению декомпенсаций и невротической симптоматики, были в основном конфликты с окружающими на почве реально или субъективно ущемленных интересов испытуемых. Лучше переносились конфликты вне семьи, ссоры с родственниками на бытовом уровне носили более значимый характер для испытуемых, также значимыми были перемены в жизни и связанные с ними решения новых задач, которые приводили к выраженной декомпенсации истерического расстройства личности у испытуемых. Часто семейные конфликты были связаны с определением доминирующей роли в семье. На фоне дисгармонических отношений, брак напоминал поединок соперников: возникали хронические конфликты с унижением партнера, при чем никогда не анализировались причины конфликтов, а личностные и семейные защитные и регуляционные механизмы не совпадали по своей направленности. Это вызывало кумуляцию отрицательных психотравмирующих моментов и вело к углублению и обнажению скрытой до этого патохарактерологической аномалии личности испытуемых, что выливалось в дисгармонию брачных отношений, в алкоголизацию, развод.

Для наиболее долговечных брачных отношений среди испытуемых было характерно наличие в семье детей и более старшего по возрасту супруга, не стремящегося к лидерству в семье, но фактически осуществляемого эту роль, уходящего от конфронтации, но тактично сдерживающего капризы испытуемых. Мотивом для создания такой семьи у испытуемых часто становилось желание найти «опору», «крепкий тыл», найти супруга, который может длительно осуществлять фактическую «роль матери».

У истерических личностей данной группы с течением времени чаще наблюдается снижение уровня социальной адаптации, вплоть до полного прекращения даже неквалифицированного труда,

нарастание семейных конфликтов, злоупотребления алкоголем и совершению преступлений.

#### **4. 2. Клинико-динамический анализ истерического расстройства личности испытуемых 3-3\* групп.**

В психическом статусе испытуемых третьей группы при первом поступлении обнаруживаются следующие черты характера. Практически у всех испытуемых может быть диагностировано склонность к самодраматизации, театральности поведения, преувеличенном выражении эмоций, известной доли внушаемости, поверхностной и лабильной аффективности; эгоцентричности со стремлением все себе прощать и не считаться с интересами других; постоянного желания быть оцененным, жажды ситуаций, где можно оказаться в центре всеобщего внимания окружения; манипулятивного поведения, чтобы добиться своих целей. Среди перечисленных черт характера наиболее яркой является постоянное желание быть в центре внимания и связанные с этим претенциозность и демонстративность. С этой целью прибегают к симуляции различных заболеваний, в основе этого же лежит склонность к различного рода суицидальным попыткам, которые носят явный демонстративно-шантажный характер. Но у испытуемых высок уровень притязаний: претендуют на значительно больше, чем позволяют способности. Внушаемость, как присущее этому расстройству личности качество, в данной группе была весьма избирательна: внушить таким испытуемым можно было то, что не противоречило их эгоцентрическим установкам. Наряду с избирательной внушаемостью испытуемые демонстрировали «редкое детское упрямство». (И.Ф. Федерико, В.Я. Семке, 1991). Эгоцентризм также проявлялся в пренебрежении чувствами других людей, также чувствовался явный недостаток эмпатийных компонентов в общении с другими людьми. Это приводило к легкости возникновения агрессивных вспышек по отношению к обидчикам. Часто такие испытуемые были безответственны,

игнорировали социальные нормы поведения, проявляли внешнеобвиняющие реакции. Многих испытуемых именно третьей группы объединяет стремление к различного рода развлечениям, ведению праздного образа жизни с уклонением от всякого труда, выполнения любых обязанностей, как общественных, так и семейных. Такие испытуемые плохо переносили одиночество. Как следует из описанного выше для испытуемых третьей группы пагубной оказывалась ситуация безнадзорности, отсутствия опеки и строгого контроля. Диссоциальные установки у испытуемых данной группы весьма сильны, их истоки можно проследить с детства

Неоднородность аномального склада личности наиболее проявлялась в периоды подросткового и пресенильного возрастных кризисов. Срыв вторичных компенсаторных характерологических и приспособительных моделей поведения, маскирующих психопатические признаки, у испытуемых данной группы происходил довольно часто.

В состоянии декомпенсации происходило резкое заострение имеющихся патохарактерологических черт, уродливое их выпячивание на передний план личности, сопровождаемое обычно нарушениями поведения и социальной дезадаптацией. Часто случалось так, что испытуемые сами провоцировали вокруг себя окружающих, создавали тем самым психотравмирующую ситуацию, которая приводила к декомпенсации истерического расстройства. Многие испытуемым были присущи бурные аффективные вспышки, они были несдержанны, пытались обратить на себя внимание путем совершения суицидальных попыток, которые носили явный демонстративно-шантажный характер. В условиях судебно-психиатрического стационара состояния декомпенсации у истерических личностей проявлялось главным образом протестом, активной оппозицией, явным противодействием условиям содержания, а также нежеланием подчиняться лечебным мероприятиям, их действия порой носили агрессивно-



разрушительные тенденции. Протест против мнимой несправедливости часто заключался в проведении различного рода голодовок, демонстративными попытками нанесения самоповреждений, активном стремлении нанесения ущерба себе и окружающим, формировании вокруг себя остальных испытуемых с целью провокации акции протеста.

Также часто ранее декомпенсации приводили к различного рода сознательным и бессознательным демонстрациям окружающим тяжести своего заболевания. Так у трех испытуемых при первых поступлениях на СПЭ в Центр в рамках истерических реакций были описаны случаи астазии-абазии, четверо испытуемых были в состоянии истерического мутизма, у троих - отмечались элементы истерического ступора, у одного испытуемого наблюдался истерический блефароспазм. В последующем указанные расстройства при повторных поступлениях рецидивировали и носили редуцированный характер, только у одного испытуемого был повторный стойкий истерический мутизм.

Также обращает на себя тот факт, что развившиеся у испытуемых при первом поступлении в условиях психотравмирующей судебно-следственной обстановки психогенные реактивные психозы в последующем либо развивались и носили «клишированный» характер, либо редуцировались в более легкие, благоприятные формы течения. Так реактивно-депрессивный психоз становился менее выраженным за счет редукции психотического радикала и выраженности аффективного, затем депрессии носили более стертый, но затяжной характер. Если при первом поступлении у лиц с истерическими реактивными депрессиями можно было наблюдать глубокий депрессивный аффект в сочетании с значительным патопсихологическим компонентом в виде транзиторных бредовых идей отношения и преследования, бредоподобное фантазирование, отдельные слуховые галлюцинации типа акоазмов, чаще в виде окликов по имени, что иногда

сочеталось с элементами истерического ступора, псевдодеменции и пуэрилизма, то в последующем психотическую симптоматику в рамках реактивных депрессий сменяли типичные конверсивные синдромы, такие как *globus hystericus*, афония, мутизм, различные изменения чувствительности, вегетативные и соматические дисфункции. Депрессивный компонент порой сочетался с гневливостью, раздражительностью, тревожностью и агрессивностью. Тревожная депрессия (Шостакович Б.В., 1997) формировалась в рамках реакции ожидания наказания и последующих несчастий («тревога вперед» Смулевич А. Б., 2001) в сложившейся судебно-следственной ситуации. При рецидивирующем течении реактивных психозов складывалась тенденция к более легкому, благоприятному течению, а также сложные синдромы заменялись простыми, происходило «оскудение клинической картины» (Лукомская М. И., 1980), нарастал процент невротических симптомов. У испытуемых наблюдались отличия между временем выхода из первого реактивного состояния при первом и последнем поступлении. При повторном поступлении у некоторых испытуемых наблюдалась склонность к затяжному течению.

Клинико – психопатологический анализ динамических вариантов истерического расстройства личности показал, что среди психических расстройств в более зрелом возрасте у испытуемых преобладают реактивные расстройства невротического и патохарактерологического характера, в том числе аффективные расстройства: субдепрессивные, тревожно-депрессивные (Чижов В.М., 1974), ипохондрические, дисфорические, астено-депрессивные, тревожно-фобические и т.д. Для клиники многих из них было характерно доминирование симптомов физической и психической истощаемости на фоне сниженного настроения, что сочеталось с общим снижением активности, раздражительности, гипертрофированной реакцией обиды, неустойчивости аффекта

вплоть до плаксивости, а также пессимистической оценкой будущего. Как показал клинический анализ, такие лица в структуре истерического расстройства личности имели выраженный астенический радикал. При присоединении тревожно- фобического компонента у четырех испытуемых состояние напоминало картину «панических атак». Пониженное настроение с тоской и тревогой сочеталось с вегетативно-сосудистыми расстройствами с ощущениями нехватки воздуха и одышкой, потливостью, головокружением, резкой мышечной слабостью, пульсации и сердцебиениями, парестезиями в конечностях. Часто имела место реакция фиксации «с уходом в болезнь», когда формировалась четкая депрессивная установка испытуемых и ипохондризация процесса. В таких случаях возникала так называемая «рентная установка», когда испытуемые старались извлечь из своего состояния в виде материальных и моральных компенсаций.

Нередко испытуемые предъявляли жалобы на приступы боли в левой половине грудной клетки, сопровождавшиеся страхом с комплексом вегетативных расстройств на фоне депрессивно-тоскливого аффекта. При проведении инструментального обследования терапевтом не были обнаружены причины таких болей, также обнаруживалась прямая связь между сглаживаем аффективных переживаний, вызванных изменением отношения в психогении, и исчезновением таких «тоскливых алгий» (И.В Молдовану, А.М. Вейн, 1998) в прекардиальной области. Ипохондрические нарушения в целом проявлялись в отдельных ипохондрических фиксациях, а чаще в невротической ипохондрической интерпретации соматических ощущений.

Прослеживалась связь таких затяжных реактивных состояний с длительным воздействием неблагоприятных экзогенных факторов: физиогенных (алкоголизация, курение, эпизодический прием наркотических препаратов, чрезмерные физические нагрузки и метеотропные факторы), биологических (соматические

интеркуррентные заболевания, гормональные перестройки, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе), а также психогенных в виде семейных неурядиц, безработицы, потери близких людей, тяжелых социально-экономических условий, судебно-следственной ситуации). Нередко психотравмирующие переживания имели свое отражение в фабуле клиники. У таких больных несмотря на проведенную терапию сохранялись аффективные нарушения, которые нередко сочетались с неврологической симптоматикой, цефалгиями, головокружениями, вегетативными расстройствами, метео- и баропатиями, а также нерезкие дисмнестические расстройства в виде рассеянности, забывчивости, трудностей воспроизведения информации, а также легкие интеллектуальные расстройства чаще в виде конкретизации мышления. Усугубление «органически неполноценной почвы» у таких испытуемых приводило к появлению в клинике у лиц с истерическим расстройством личности таких атипичных симптомов, полиморфизм клиники и частая дестабилизация психопатологической структуры под влиянием психогенных вредностей часто приводила к неоднозначной трактовке психиатрического диагноза и судебно-психиатрической оценке. Патохарактерологические черты истерического расстройства личности у восьми испытуемых характеризовались усилением волевых и интеллектуально-мнестических нарушений, расторможенностью поведения, склонности к бродяжничеству, псевдологии, т.е. стабильному заострению имевшихся патохарактерологических черт и дестабилизации процессов адаптации личности, а также к появлению реакций обиды, подозрительности, ворчливости, мнительности, недовольства окружающими, жалобами на несправедливость, стремлением к уединению – черт не свойственных ранее этим испытуемым.

У трех испытуемых в качестве варианта динамики истерического расстройства личности явилось патологическое развитие личности с формированием паранойяльных идей. Развитие

начиналось в результате получения психической травмы, значимой для патохарактерологической личности. Обострение или смягчение симптоматики на прямую было связано с изменением психотравмирующей ситуации. Происходило переплетение истерических патологических черт характера с новыми симптомами патологических идей, это были идеи преследования и ревности. У таких испытуемых фабула возникших патологических идей непосредственно была связана с психотравмирующей ситуацией.

Более чем у половины испытуемых при повторных поступлениях обнаруживаются признаки ипохондрического развития личности. У некоторых испытуемых наряду с имеющимися патохарактерологическими чертами присущими истерическому расстройству личности, возникали новые обычно не свойственные им качества, такие как ригидность, особая стеничность аффекта, сутяжные элементы. Это также приводило к углублению психопатологических черт испытуемых. У них заметно снижалась прогностическая функция интеллекта. Это также сказывалось на противоправном поведении, где события настоящего момента происходили без мыслительной переработки последствий своих действий.

Исходя из предложенной Т. Б. Дмитриевой (1998) концепции, было выделено три варианта динамических сдвигов истерического расстройства личности: патохарактерологический, невротический, реактивно-психотический (см. таблицу 17)

Таким образом, видно, что с возрастом основными вариантами клинической динамики становятся невротические и патохарактерологические варианты. В структуре реактивно-психотического варианта динамики у испытуемых 3\* группы с возрастом актуальной остается психогенная депрессия.

Табл.17. Характеристика вариантов клинической динамики

истерического

расстройства личности в группах 3-3\*.

| Симптоматика                           | 3 группа |    |      |      | 3* группа |    |      |      |    |
|----------------------------------------|----------|----|------|------|-----------|----|------|------|----|
|                                        | №        | #  | %    | %#   | №         | #  | %    | %    | %# |
| <i>Невротический вариант</i>           |          |    |      |      |           |    |      |      |    |
| Истероневротические реакции            | 12       | 21 | 28.5 | 50   | 37        | 42 | 88.1 | 100  |    |
| Вазовегетативные реакции               | 18       | 22 | 42.8 | 52.3 | 38        | 42 | 90.4 | 100  |    |
|                                        |          |    |      | 8    |           |    | 8    |      |    |
| Двигательные расстройства              | 2        | 6  | 4,76 | 14.2 | 1         | 2  | 2,38 | 4,76 |    |
|                                        |          |    |      | 9    |           |    |      |      |    |
| Расстройства чувствительности          | 12       | 13 | 28,5 | 30,9 | 11        | 13 | 26,1 | 30,9 |    |
|                                        |          |    |      | 5    |           |    | 9    | 5    |    |
| Невротическая депрессия                | 21       | 24 | 50   | 57.1 | 26        | 39 | 61,9 | 92.8 |    |
|                                        |          |    |      | 4    |           |    |      | 6    |    |
| Невротическое развитие                 | 1        | 2  | 2,38 | 4,76 | 3         | 3  | 7,14 | 7,14 |    |
| <i>Патохарактерологический вариант</i> |          |    |      |      |           |    |      |      |    |
| Декомпенсации                          | 23       | 26 | 54.7 | 61.9 | 27        | 31 | 64.2 | 73.8 |    |
|                                        |          |    | 6    |      |           |    | 9    | 1    |    |
| Психопатические реакции                | 21       | 32 | 76.1 | 50   | 25        | 16 | 59.5 | 38.1 |    |
|                                        |          |    | 9    |      |           |    | 2    |      |    |
| Фазы                                   | 8        | 7  | 19.0 | 16.6 | 14        | 13 | 33.3 | 30.9 |    |
|                                        |          |    | 5    | 7    |           |    | 3    | 5    |    |
| Патологическое развитие                | 4        | 3  | 9.52 | 7.14 | 17        | 15 | 40.4 | 35.7 |    |
|                                        |          |    |      |      |           |    | 8    | 1    |    |
| <i>Реактивно-психотический вариант</i> |          |    |      |      |           |    |      |      |    |
| Галлюцинации                           | 6        | 14 | 4,76 | 14,2 | 1         | 2  | 2,38 | 4,76 |    |
|                                        |          |    |      | 9    |           |    |      |      |    |
| Психогенная депрессия                  | 19       | 23 | 45,2 | 54.7 | 28        | 30 | 66,6 | 71,4 |    |
|                                        |          |    | 4    | 6    |           |    | 7    | 3    |    |
| Бредоподобные фантазии                 | 10       | 14 | 21,4 | 33,3 | 6         | 7  | 4,76 | 16,6 |    |
|                                        |          |    | 3    | 3    |           |    |      | 7    |    |

# – динамические сдвиги произошедшие в условиях заключения.

#### **4. 3. Анализ криминологического и судебно-психиатрического аспектов истерического расстройства личности 3-3\*групп.**

В структуре правонарушений совершенных лицами с истерическим расстройством личности при первом поступлении на СПЭ в Центре преобладали имущественные преступления. Хищения личного и государственного имущества составляли (39,6%); мошенничество и спекуляцию(24,5%); должностные преступления и подделка документов (5,4%); статья 209 УК РСФСР, привлекавшая за злостное уклонение от трудоустройства и бродяжничество (23%); ст. 122 УК РФ – злостное уклонение от уплаты алиментов (6,7%), хулиганские действия (26,8%) и за преступления связанные против жизни, здоровья, свободы и достоинства граждан (22,6%). Исследуя криминальный анамнез данной группы испытуемых можно выделить два варианта. Первый вариант криминальной динамики имеет прогрессивное течение с утяжелением правонарушения в исходе. Например, лица, неоднократно привлекавшиеся за тунеядство и бродяжничество, затем совершают кражи, впоследствии привлекаются за хулиганские действия, далее идут статьи за убийство и половые преступления. Второй вариант криминальной динамики носил в основном волнообразный характер и имел прямую корреляционную зависимость от сохранности личности. Встречался у 62% обследованных испытуемых. Часто такой вариант прослеживался в таком виде: кражи личного и государственного имущества перемежались с привлечением за хулиганские действия или причинение легких телесных повреждений потерпевшим. И только у четверых испытуемых неоднократно привлекавшихся за кражи и мошенничество в течение всей жизни можно было увидеть стабильный криминальный статус, например вора или мошенника.

Также следует отметить, что до проведения судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦССП им. В.П. Сербского

однократно к уголовной ответственности привлекалось до этого 42,6%, привлекались дважды - 24,7%, остальные испытуемые не имели до этого судимостей. Из числа привлекавшихся к уголовной ответственности повторно проходило судебно-психиатрическую экспертизу ранее 46,3%, из этого числа признаны вменяемыми относительно инкриминируемых им деяний были практически все испытуемые, за исключением трех, которым ставился диагноз глубокого расстройства личности в стадии декомпенсации. К этим испытуемым применялись медицинские меры принудительного характера в виде пребывания на лечении в психиатрическом стационаре общего типа согласно ст. 58 УК РСФСР. 24% испытуемых находились в различных реактивных состояниях и направлялись комиссиями до выхода из указанного состояния в психиатрические больницы специального типа. Испытуемые, проходившие СПЭ и признанные вменяемыми относительно инкриминируемых им деяний, в местах лишения свободы в 39,7% находились на лечении в психиатрических стационарах.

Анализ структуры совершенных правонарушений этими испытуемыми при последнем поступлении в Центр дает следующую картину. В связи с изменениями в новом УК РФ, были отменены статьи, предусматривающие уголовную ответственность за спекуляцию, бродяжничество и тунеядство. 41,6% привлекались за кражи, 5,4 % за мошенничество, 31% за преступления против здоровья и половой неприкосновенности граждан (из них 13,5 % составляли убийства, 7,9% составляли изнасилования), также 8,4 % составили преступления ранее не фигурировавшие, такие как хранение и сбыт наркотических препаратов, незаконное хранение огнестрельного оружия, вымогательство крупных денежных сумм, ограблений в составе бандитских формирований. Кроме выявленных изменений в структуре правонарушений также следует отметить, что если при первом прохождении судебно-психиатрической экспертизы в Центре этим испытуемым инкриминировалось



несколько правонарушений в 32,7%, то уже при повторных поступлениях это число составляло 48,6%.

Судебно-психиатрическая оценка лиц с истерическим расстройством личности также была различной. Часто можно было наблюдать варианты, когда решения, основывающиеся на оценке самого расстройства личности как изменения аффективно-волевой сферы, а также своеобразие интеллектуальной деятельности и связанные с этим изменения в прогностической и контролирующей области этих испытуемых совпадали с решением экспертной комиссии. Чаще всего невменяемыми в отношении инкриминируемого деяния признавали лиц с декомпенсацией истерического расстройства личности. Если при первом поступлении из всей группы таких испытуемых было всего трое, то при повторном поступлении экспертную оценку в отношении инкриминируемого деяния в момент его совершения как не способным осознавать фактический характер общественную опасность своих действий и руководить ими согласно положениям ст.21 УК РФ, пятерым испытуемым из обследованной группы. Однако, здесь при повторном поступлении появилась группа (3 человека) испытуемых, у которых была сохранена способность понимать противоправность своих действий, а также уголовную ответственность, которая им грозит в случае нарушения закона, но на их поведение в сложившейся ситуации оказывали выраженные патохарактерологические черты, либо их обострение, которые приводили к снижению способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими (положения ст.22 УК РФ). Решающими в определении у испытуемых с истерическим расстройством личности были эмоционально-волевые расстройства, а также нарушения прогноза, которые препятствовали адекватной оценке ситуации, что позволяло говорить о снижении способности осознавать характер своих действий. Таких испытуемых в этой группе было трое, им

рекомендовалось амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра в местах лишения свободы. Причем один испытуемый из этой группы признавался ранее невменяемым и подвергался принудительным мерам медицинского характера в психиатрическом стационаре общего типа. Остальные были признаны на момент совершения инкриминируемого им правонарушений вменяемыми.

Таким образом, проведенное исследование показало, что имеются некоторые закономерности формирования и проявления клинической картины истерического расстройства личности с течением времени, что можно проследить на материалах изучения длительных катамнезов. Это может иметь большое значение для судебно-психиатрической практики, а так же применительно к вопросам экспертных решений, установления их вменяемости и дееспособности.

Это можно проследить на примере клинического случая (см. Приложение 3).

\* \* \*

Таким образом, нам удалось проследить своеобразную возрастную динамику истерического расстройства личности. В примерно в половине случаев она составляла три главных периода: детский и подростковый, зрелый и поздний (пресенильный). Кратко резюмируя вышесказанное, следует отметить, что помимо влияния неблагоприятных наследственных факторов, свое немалое значение в формировании патохарактерологических черт характера имели отрицательные влияния микросоциума, в котором происходило воспитание испытуемых. Особенно ярко аномальные черты личности высвечивались на фоне пубертатного криза, который являлся и биологическим фактором, способствующим приобретению и фиксации новых истерических дисгармонических черт. Происходило усложнение проявившихся в детстве истерических симптомов. К живому восприятию, капризности, «паразитической смеси упрямства и внушаемости» (В. Я. Семке,

1988) присоединяются конфликтность, эгоцентризм. Из впечатлительности и склонности к гиперболизации формируются фантазирование с чертами патологической лживости (З.М. Шилина, 1988). Капризность и демонстративное поведение трансформируются в демонстративно-шантажное поведение с суицидальными эквивалентами.

В зрелые годы в компенсаторном состоянии истерического расстройства у испытуемых происходит некоторое смягчение истерических черт. Соотношение динамических вариантов истерического расстройства в течение всей жизни меняется. Происходит некоторое снижение числа реактивно - психотических вариантов с тяжелыми диссоциативными расстройствами. С возрастом происходит клиширование выработанных ранее реакций с некоторым снижением аффектации. Истероневротические реакции с возрастом сочетались с вазовегетативными реакциями, а также с различного рода расстройствами чувствительности и депрессией невротического регистра. Декомпенсации приводили к гротескному заострению черт. С возрастом выявлялась их аутохтонность и «соматическая коморбидность» (Лебедева М.О., 1992). Практически у всех испытуемых наблюдалась прогрессивная положительная динамика истерического расстройства личности. В более поздний возрастной период (включая пресенильный) происходили значительные преобразования психопатического склада личности за счет появления климактерических, хронических соматических и нейроэндокринных расстройств в том числе и атеросклеротического генеза. На первый план выходили астеноипохондрическая симптоматика, которая проявлялась от нестойкой ипохондрии до стойкого развития. В одинаковой мере проявлялись развития личности типичные и нетипичные (неоднозначные по Б.В. Шостаковичу) для истерического расстройства (паранойяльные включения в виде кверулянтства, идей ревности и преследования). Катамнестическое наблюдение за лицами с истерическим

расстройством личности позволило сделать выводы о характере возрастной динамики, обнаруживающей количественное нарастание психопатических черт, сопровождающееся в то же время сглаживанием, стиранием характерных особенностей, смягчением собственно истерической симптоматики. Нередко истерические проявления, отмечавшиеся в молодом возрасте, сохранялись и в более поздние годы, становясь привычной, стереотипной, шаблонной формой реагирования, они утрачивали эмоциональную насыщенность, тускнели. Отмечались у испытуемых, проводших в течение значительного периода жизни в условиях заключения, и явления социальной дезадаптации по типу «отрыва от дома». Характеристика криминального поведения и анализ судебно-психиатрических решений дает повод говорить, что с временем не только идет утяжеление общего состояния испытуемых за счет присоединения к психическому статусу новых патохарактерологических черт, обусловленных соматическими страданиями, но также происходит утяжеление самого деликта и криминального статуса испытуемых.

## Глава 5. Судебно-психиатрическая оценка истерического расстройства личности с учетом его патоморфоза.

---

Истерическое расстройство личности занимает большой удельный вес среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу. По данным Дмитриевой Т.Б., Мохонько А.Р., Муганцевой Л.А., диагностируемые расстройства личности составляют 19 % от всего количества лиц, прошедших судебно-психиатрических экспертизу за 1999 -2000 гг. Распространенность истерического расстройства личности, его полиморфизм в совокупности с большим количеством ситуационных факторов, затрудняет правильную диагностическую и экспертную квалификацию, что может повлечь за собой неверную оценку состояния и затруднить объективное и адекватное решение. Экспертное решение редко само по себе опирается не только на диагноз, но и приходится учитывать всю совокупность обстоятельств, предшествовавших и сопутствовавших правонарушению.

Нами оценивалась не только стойкая трансформация синдромов истерического расстройства личности, но и рассматривалась связь и зависимость между патоморфозом личности испытуемых и самой криминальной ситуацией, в которой было совершено противоправное деяние. Анализ правонарушений, инкриминируемых испытуемым с истерическим расстройством личности в первой и второй группах, выявил, что на первом месте у испытуемых обеих групп стоят преступления против собственности, из них наиболее встречающимися являются кражи и мошенничество. Однако на этом, пожалуй, сходство кончается. Во второй группе большое место занимают преступления против

здоровья и половой неприкосновенности. Анализируя результаты исследования, приведенные во второй главе, никак нельзя не отметить возросший уровень агрессивности среди испытуемых второй группы. Агрессивность некоторых испытуемых проявляется в жестокости и цинизме, с которыми некоторые совершали особо тяжкие правонарушения, но и служит источником аутоагрессивных действий. В большинстве случаев в отличие от испытуемых первой группы, преступления инкриминируемые испытуемым второй группы были сопряжены с насилием, что вообще характерно для испытуемых с расстройствами личности (Ю.А. Антонян, В.В. Горинов, 1999). Нельзя также не заметить, что преступления, совершенные испытуемыми второй группы против собственности были сопряжены с насилием (разбой, грабежи, вымогательство), а также возросло само количество преступлений против жизни и здоровья (причинение вреда здоровью различной степени тяжести, убийства). Это хорошо соотносится с мотивами правонарушений. На первое место выходят корыстные и мотивы психопатической самоактуализации, а личная неприязнь к потерпевшим и аффектогенные мотивы отходят на второй план. Обнаруживаемый высокий уровень корыстных мотивов, малохарактерных для испытуемых первой группы, пожалуй, можно объяснить целым рядом причин. Во – первых, изменением идеологии общества, во – вторых, соответствии общему уголовному стандарту, в третьих, это некоторая формальность оценки сложившейся ситуации. В тоже время другие факты свидетельствуют против преобладания декларируемых корыстных мотивов, заставляя говорить об истинных мотивах психопатической самоактуализации. В тоже время анализ уголовных дел позволяет говорить о том, что большинство преступлений против собственности планировалось испытуемыми второй группы, но, как и у испытуемых первой группы, половина случаев преступлений против жизни и здоровья не планировались как таковые. Отмечается значительное возрастание числа

испытуемых, совершивших по несколько преступлений, а также рост преступлений против общественной безопасности (захват заложников, изготовление и незаконное хранение оружия, хулиганство, организация преступных сообществ) во второй группе по сравнению с испытуемыми из первой. Высокая доля преступлений против жизни и здоровья может объясняться трудностями межличностного общения и не способностью находить социально приемлемые пути для разрешения конфликтов, а также ригидностью психопатического аффекта у испытуемых второй группы.

Исследование общих этиопатогенетических факторов истерического расстройства личности дает возможность утверждать, что они традиционно являются не столь значимыми для судебно-психиатрической оценки. Они являются предпосылками для экспертной оценки общей клинической картины расстройства личности. Сами выводы относительно способности лица, инкриминируемому правонарушению, «осознавать фактический характер своих действий и руководить ими...» определяются по существу характером истерического расстройства личности на синдромальном уровне. Это также проявляется при создании алгоритма дифференцированной экспертной оценки расстройств личности с опорой на общие принципы судебно-психиатрической диагностики (Шостакович Б.В., 1972, 1998), в том значении, которое придается с точки зрения психопатологического феномена сформулированного Ф.В. Кондратьевым (1986) в системе «психическое расстройство – личность – ситуация». На первом этапе происходила верификация самого диагноза «истерическое расстройство личности», затем оценивался юридический критерий в континууме «вменяемость- невменяемость» на основе разработанных, общепринятых экспертных критериев (Лунц Д.Р., 1954, Волков Г.Д., 1968, Шостакович Б.В., 1987, Гусинская Л.В., 1979, Морозов Г.В., 1988, Гиндикин В.Я, Гурьева В.А., 1999, Дианов

Д.М., 1998 и др.). Таким образом оценивались испытуемые первой и третьей групп до принятия УК РФ и введения в него ст. 22, об уголовной ответственности лиц с психическим расстройством не исключающим вменяемости.

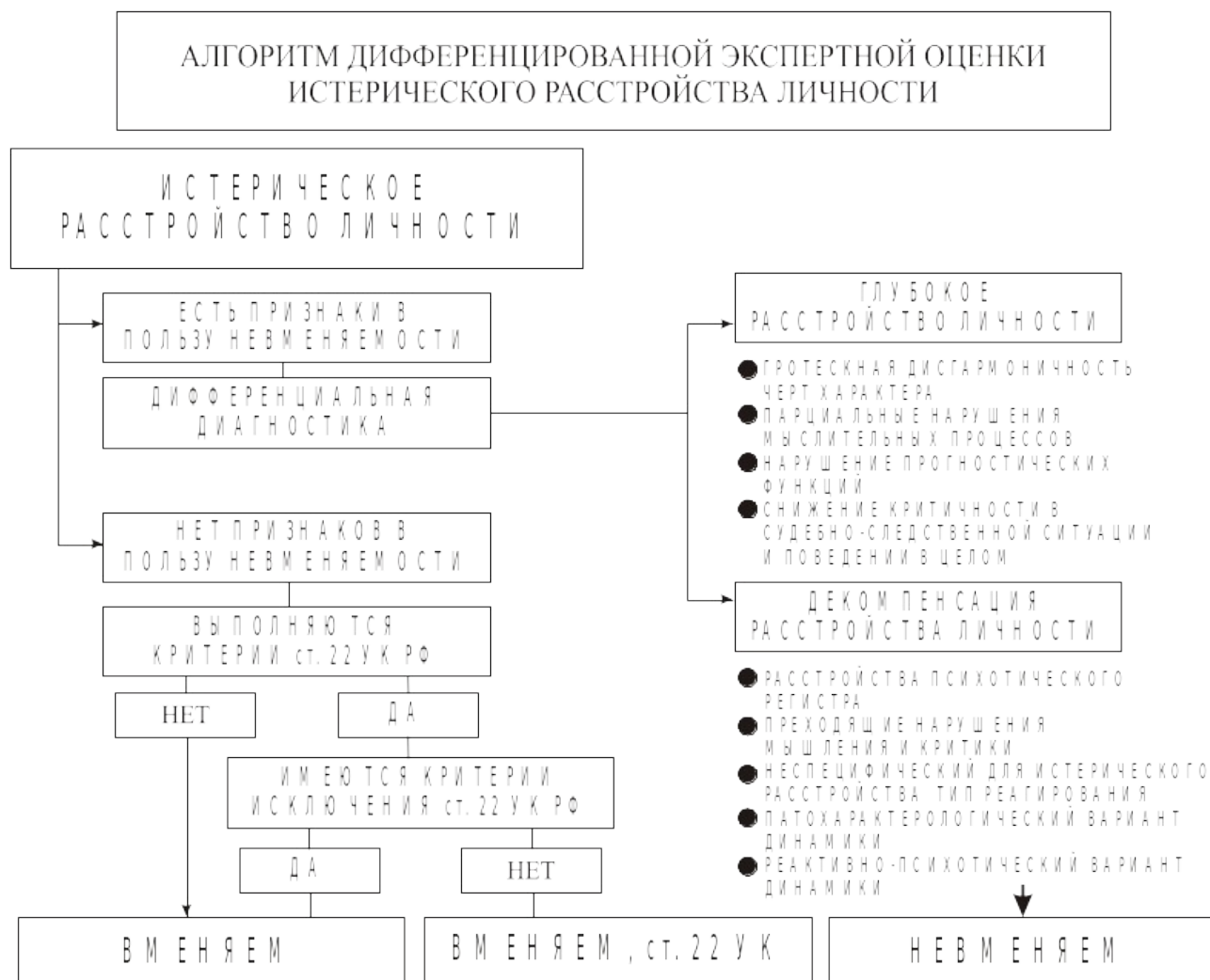
Исходя из наших данных и учитывая критерии применения ст. 22 УК РФ при расстройствах личности, сформулированные Л. О. Пережогиным (2001) можно произвести экспертную оценку имеющихся клинических случаев у испытуемых с верифицированным диагнозом истерического расстройства личности.

Группу основных критериев судебно-психиатрической оценки с применением ст. 22 УК РФ составили (Пережогин Л. О., 2001): 1) парциальная личностная незрелость, выявляемая клинически и при экспериментально-психологическом исследовании, сопровождающиеся с парциальным снижением критических способностей; 2) нарушение прогностических функций, выявляемое клинически и опытным путем при использовании нормированной шкалы волевых расстройств, сопровождаемое трудностями определения целей и оценки приоритетов, регулирования эмоциональных реакций; 3) частые обострения, декомпенсации расстройства личности в анамнезе и констатация декомпенсации расстройства личности в период совершения инкриминируемых деяний; 4) мозаичность клинических проявлений в картине расстройства личности, выявляемая клинически и при экспериментально-психологическом исследовании, прослеживаемая в анамнезе, начиная с детского и подросткового возраста; 5) аффективные расстройства, преимущественно заключающиеся в аффективной лабильности, склонности к кратковременным депрессивным реакциям, дисфорическим состояниям, выявляемые клинически и при экспериментально-психологическом исследовании; 6) высокая агрессивность, выявляемая при экспериментально-психологическом исследовании, сочетающаяся с



правонарушениями против родственников и близких людей, знакомых, демонстративностью и завышенной самооценкой. Как показал анализ актов судебно-психиатрических экспертиз для применения экспертного решения по ст.22 УК РФ, требуются по крайней мере три из указанных критерия при наличии также нескольких дополнительных признаков. Группу дополнительных признаков составили: 1) клинические признаки – патология родов, сочетавшаяся у матери с наличием алкоголизма и психических расстройств; черепно-мозговые травмы в анамнезе; слабо и умеренно выраженные неспецифические изменения ЭЭГ органического характера, косвенно свидетельствующие о ранней органической патологии; 2) социальные признаки - низкий образовательный уровень, воспитание в условиях гипоопеки, безнадзорности; насилие над испытуемым в семье и вне ее; направленность криминальных действий против жизни и здоровья потерпевших; аффектогенные мотивы правонарушения. Вспомогательное значение этих признаков проявлялось также в том, что при анализе актов судебно-психиатрических экспертиз не было выявлено ни одного случая, когда ст. 22 УК РФ применялась исключительно с опорой на данные признаки. В тоже время при наличии критериев, позволявших говорить о возможности применения ст. 22 УК РФ, эксперты иногда склонялись в пользу вменяемости. Анализ этих случаев позволил выделить факторы, ограничивающие применение ст. 22 УК РФ: 1) факторы, свидетельствующие о длительной подготовке к совершению правонарушения – длительное вынашивание плана преступления; совершение преступления в группе, причем испытуемый являлся инициатором преступления; корыстные мотивы правонарушения; 2) факторы, связанные с употреблением одурманивающих средств – употребление наркотических и других одурманивающих средств в период совершения преступления; состояние алкогольного опьянения в момент правонарушения. Это позволяет несколько

создать новую схему дифференцированной экспертной оценки истерического расстройства личности, где на третьем этапе выявляются и оцениваются основные критерии применения ст.22 УК РФ. В случае их отсутствия констатируется вменяемость при их наличии – возможно применение норм ст. 22 УК РФ. ( См. Схему 3.)



В.В. Вандыш - Бубко, Е.С. Андреева и И.М. Пархоменко (1998 - 1999) обращали на внимание на определении преимущества синдромального подхода в принципе экспертной оценки. Исследование патоморфоза истерического расстройства личности с учетом всех вышеизложенных требований и сравнительного анализа диагностических критериев на синдромальном уровне в группах по признаку «вменяемые – невменяемые», и в современных условиях в континууме «вменяемые – ограниченно вменяемые – невменяемые» проводилось с учетом: 1) предпочтительности отдельных синдромов

(интерсиндромальный патоморфоз); 2) феноменологического оформления в рамках одного и того же синдрома (интрасиндромальный патоморфоз); 3) соотношения числа простых и сложных синдромов, их динамики в группах, различающихся экспертным решением. Конечно, оценивая различные клинические случаи истерического расстройства личности, мы не можем исключить факт наличия ложного патоморфоза, суть которого сводится не столько в изменении удельного веса отдельных истерических симптомов, сколько в частоте использования в судебно-психиатрическом диагнозе информации о клинике и состоянии в разные возрастные периоды, а также трансформации точки зрения исследователей на само расстройство личности, которое имело приоритет в тот период.

*При анализе критериев невменяемости (Б. В. Шостакович, 1971) истерического расстройства личности во всех группах следует отметить, что в трех случаях в первой группе констатировался диагноз: «глубокая психопатия истерического типа», в одном случае «истерическая личность, декомпенсация», и к этим испытуемым было рекомендовано направление на принудительное лечение в психиатрический стационар на общих основаниях. Во второй группе было всего двое испытуемых с диагнозом: «Истерическое расстройство личности. Декомпенсация», которые были признаны невменяемыми, им рекомендовалось применение принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре специализированного типа. В третьей группе при первом поступлении лиц с истерической психопатией, подвергшихся экскуляции было четверо, троим из них был поставлен диагноз «глубокая психопатия истерического круга», было рекомендовано проведение лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа, один с диагнозом «Истерическая психопатия, декомпенсация» был направлен в психиатрический*

стационар на общих основаниях. При анализе третьей\* группы при повторном поступлении из группы ранее экскульпированных испытуемых только один человек был признан невменяемым с диагнозом «Истерическое расстройство личности, паранойяльное развитие» и направлен на принудительное лечение в стационар специализированного типа. Еще двум испытуемым из ранее экскульпированных применялась ст. 22 УК РФ, рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра в местах лишения свободы. Двое испытуемых ранее не подвергавшихся экскульпации были признаны невменяемыми и направлены на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа. Во второй группе к восьми испытуемым была применена 22 ст. УК РФ и рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение. В 12,6% во второй группе испытуемым наряду с вынесением экспертного решения о вменяемости в отношении содеянного правонарушения в связи с наличием алкогольной или наркотической зависимости рекомендовалось амбулаторное наблюдение психиатра-нарколога в местах лишения свободы. В группе «глубоких психопатий» психическое состояние испытуемых определялось общей дисгармоничностью психопатологических черт характера, частотой и сложностью вариантов динамики личностного расстройства, а также глубины и парциальности нарушений мыслительных процессов, прогностических и волевых функций, а также критичности к сложившейся судебной-следственной ситуации и своего поведения в целом. При экскульпации лиц с истерическим расстройством личности во всех группах с констатацией декомпенсации глубина динамического сдвига определялась различно. Часто при этом учитывался фактор специфичности (неоднозначности) типа реагирования при патохарактерологическом и реактивно-психотическом динамических вариантах клиники с наличием преходящих нарушений мышления и критики.

Многие испытуемые симулировали психические заболевания с целью уклонения от наказания за совершенные преступления. Обнаруживается прямая зависимость между тяжестью совершенного преступления и «симулятивными тенденциями в рамках истерической психопатии» (Илейко В.Р., 1992). Соответственно, учитывая данные криминологического анализа, косвенно указывающего на социальный и культуральный виды патоморфоза истерического расстройства личности. Из-за утяжеления характера преступлений и более «грамотный характер симулятивных жалоб» - число симулянтов в первой группе значительно ниже по сравнению с испытуемыми, симулировавшими психические расстройства во второй группе. Также различными были картины симуляции. Если в первой группе больные иногда имитировали эпилептические припадки и наличие у себя продуктивной симптоматики, то во второй группе испытуемые активно симулировали наличие у себя шизофренического процесса. Они требовали особого внимания к себе, предъявляли массу жалоб соматического характера, неоправданно просили назначить им консультации различных специалистов, были ипохондричны и ссылались на госпитализации в психиатрические и общесоматические стационары. Часто это проявлялось демонстративно-театральным поведением в отделении, имелись эпизоды самовзвинчивания и аффективных вспышек, предъявляемая галлюцинаторно-бредовая симптоматика не носила систематизированного характера, хотя порой имела определенную бредовую фабулу с отрывочными идеями преследования и отношения, но не сопровождалась аффектами страха или тревоги, подавленности. «Галлюцинации» носили изолированный характер, предъявлявшаяся психомоторная заторможенность и депрессия исчезали, как только испытуемый не замечал наблюдающего за ним персонала. Часто испытуемые были навязчивы со своими просьбами к персоналу, пытались навязать свои витиеватые резонерские

измышления на темы религии и морали, о смысле жизни, а также много писали в свободное время писем к лечащим врачам, где часто переписывали содержание философских, фантастических или оккультных произведений, выдавая их за свои жизненные теории. При иронии со стороны врачей и детальном расспросе требовали рассмотрения их компетентными лицами, демонстрировали поглощенность своим открытием. Такие формы симуляции ставили экспертов порой в затруднительное положение, так как развившись в период следствия, требовали дифференциальной диагностики с бредоподобным фантазированием в рамках реактивного психоза, и для уточнения диагностических и экспертных вопросов таким испытуемым приходилось продлевать срок судебно-психиатрической экспертизы. Также нашим исследованием выявляется определенная связь между предыдущими судимостями, образовательным уровнем испытуемых и характером симуляции. В основном наиболее «грамотно» (Пелипас В.Е., 1991) симулировали психические заболевания лица, которые уже не раз привлекались к уголовной ответственности, находились на лечении в психиатрических стационарах, с высоким интеллектуальным уровнем, что характерно испытуемых с истерическим расстройством личности во всех группах.

В рамках интрасиндромального патоморфоза истерического расстройства личности, и превалирования сложных истерических синдромов и несвойственных классической истерической психопатии патохарактерологических черт в клинике, можно заметить различия в нарушении адаптации в криминальной среде. Этот факт хорошо согласуется с возникающими у испытуемых трудностями социализации, обусловленными полиморфизмом и характером истерического расстройства личности. Многие авторы отмечали, что лица с истерическим расстройством

личности в современном обществе не способны полностью адаптироваться в уголовной среде, они совершают нелепые, маломотивированные правонарушения уже находясь в заключении, не умеют избегать ситуаций, в которых преступление совершается с большим риском, не признают “воровских законов”, игнорируют власть «криминальных авторитетов» (Fingarette H., Hasse A., 1979, Smith R., 1984, Niccols C.W., 1992, Антонян Ю. М., Бородин С. В., 1999, Smith R, 1998,. Аргунова Ю. Н., 1999 и др.).

Характер течения и феноменологическую частоту отдельных синдромов, а также соотношение числа простых и сложных синдромов, их динамики в группах, различающихся экспертным решением (интерсиндромальный патоморфоз), можно отчетливо проследить на количественном и качественном изменении вариантов динамики в континууме истерического расстройства личности. Трансформация и изменение удельного веса патохарактерологического и невротического вариантов динамики, при почти неизменном количестве реактивно- психотического варианта в клинике истерического расстройства почти не отразились на общем количестве испытуемых подвергшихся экскульпации. Экспертное заключение о способности испытуемых понимать в полной мере фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в целом зависит от темпа прогрессивности динамики, ведущего клинического варианта, глубины патохарактерологических расстройств. Таким образом, большинство экспертных решений в отношении лиц с истерическим расстройством личности соответствует в общих чертах экспертной оценке расстройств личности вообще и определяется наличием единства медицинского и юридического критериев вменяемости, т.е. в подавляющем большинстве случаев испытуемые достаточно ориентируются в окружающей обстановке,

и могут в полной мере осознавать общественную опасность и фактический характер своих действий и руководить ими.

Однако, с введением положений ст. 22 в современный УК РФ изменилось отношение не только к лицам, подпадающим под экскульпацию, но и это заставляет пересмотреть некоторое отношение к испытуемым, которые ранее были бы признаны вменяемыми в период совершения инкриминируемых им правонарушений. Такое изменение может быть истолковано как проявления ложного концептуального и административного патоморфоза истерического расстройства личности. Таковую трансформацию и перетекание из группы невменяемых в группу лиц с ограниченной вменяемостью можно проследить на клиническом примере. (см. Приложение 4).

Анализируя данный клинический случай, нельзя не отметить, что наряду с выраженным диссоциальным радикалом в структуре данной личности со временем происходит относительная компенсация. На формирование «антисоциального фасада личности» (Ф.В. Кондратьев, 1994), стереотипности и болезненности в системе межличностных отношений, оказало неправильное воспитание, а также влияние в период становления личности лиц, имеющих уголовное прошлое. Личностная незрелость испытуемого и недопонимание морально-этических и правовых норм проявляются в течение всей взрослой жизни испытуемого. Трудности в решении межличностных конфликтов и недостаточность эмпатийных переживаний, эгоцентрические установки проявляются в том, что испытуемый крадет вещи и деньги у родителей, а также близких знакомых, не считает постыдным жить на средства престарелых родителей. Дисгармоничность личностного склада у испытуемого



проявляется еще в детстве и гротескно заостряется в пубертатном периоде. Фантазирование, придумывание сказок трансформируется в склонность к псевдологии, капризность, в раздражительность, в демонстративное поведение с агрессивными разрядами. Испытуемый в подростковом периоде перенес реактивное состояние галлюцинаторно-бредовой структуры, которые усугубились резидуальными астено-невротическими расстройствами как следствие перенесенного сотрясения головного мозга. Но в течение всей последующей жизни испытуемого динамические сдвиги истерического расстройства уже не достигают психотического регистра, а прослеживаются в виде кратковременных фаз с преобладанием дисфорического компонента и истероневротических, вазовегетативных, и патохарактерологических реакций «в пределах ресурсов личности» (Н.И. Фелинская, 1978). Но затем, динамика расстройства личности становится отрицательной вследствие выработки вторичных компенсаторных черт. Также следует отметить, что возникновение самих неблагоприятных психотравмирующих факторов имеет в большинстве случаев прямую связь с неправильным поведением испытуемого в виде классического «психопатического цикла» (О.В. Кербиков, 1969). Испытуемый, попадая в судебно-следственную ситуацию, всякий раз прибегает к аггравации имеющихся расстройств и метасимуляции элементов перенесенного им в пубертатном периоде реактивного расстройства психотической структуры. Симулятивные высказывания стереотипны, не имеют продолжения и лишены аффективной охваченности. Трудности в установлении межличностных контактов, наличие ограничивающих свободу условий в местах заключения, режимные требования способствовали выраженным

психопатическим реакциям у испытуемого, разрешением неблагоприятной ситуации неадекватным поступком – побегом. Но при адекватной терапии, которую испытуемый получал в течение последних лет происходит частичная компенсация патохарактерологического состояния: испытуемый приобретает стойкие связи, вступает в брак, асоциальность своего образа жизни испытуемый «объясняет» отсутствием профессии и сложившимся поведенческим стереотипом. Относительно сравнительного анализа судебно- психиатрических решений в разные периоды жизни испытуемого не вызывает никаких сомнений экскульпация при реактивном состоянии психотического регистра. В остальные периоды решения экспертов нельзя не подвергнуть сомнению относительно остальных криминальных эпизодов, когда испытуемый проходил судебно-психиатрическое освидетельствование и был признан вменяемым. Нельзя не заметить присутствие критериев ограниченной вменяемости у данного испытуемого еще до введения 22 ст. в УК РФ. Кроме парциальной личностной незрелости, нарушения прогностических функций и контроля над регуляцией аффективных реакций, констатации декомпенсаций в подростковом и молодом возрасте, а также высокой агрессивности, выявляются клинические и некоторые социальные дополнительные признаки, которые позволяют говорить о применении к данному испытуемому положений ст. 22 УК РФ.

\*\*\*

Анализ судебно-психиатрических заключений, данных экспертами в различное время, свидетельствует о различных подходах и изменении в квалификации диагноза «истерическое расстройство личности». Полиморфизм истерического расстройства

вызывает не только трудности в постановке и верификации самого диагноза, но и в вынесении экспертного решения. Наше сравнительное клинико-катамнестическое исследование позволяет проследить и отграничить возрастную и клиническую динамику расстройства, а также посредством сравнения с группами, имеющими значительный возрастной разрыв, выявить закономерности и сами виды патоморфоза истерического расстройства. Свидетельством общего нозоморфоза явилось изменение в соотношении отдельных симптомокомплексов в структуре личностного расстройства, а также интерсиндромальный патоморфоз, который отчетливо виден на смещении динамических вариантов с патохарактерологического и реактивно-психотического в сторону неврологического варианта. О интрасиндромальном патоморфозе говорят те факты, что в последние годы уменьшилось число двигательных и функциональных диссоциальных расстройств, а их место заняли неврологические и соматоформные, аффективные синдромы. Возросло количество сложных, сочетанных форм в рамках истерического расстройства, где тесно переплетаются неврологические, вегетативные, эндокринные, аффективные, сексуальные дисфункции и патологическое фантазирование и псевдосоматические страдания. К развитию динамических сдвигов все чаще приводило именно сочетанная психогенно-соматическая травма. Также следует отметить, что острое и внезапное начало с бурными аффективными проявлениями типа «моторной бури» и т.д. сейчас встречается редко, в основном сейчас развертывание истерической симптоматики идет постепенно и на смену быстрой регрессионной динамике идет затяжной течение. Учитывая, что лица с истерическим расстройством личности в реагировании склонны к «экстраверсии вовне» (Сафуанов Ф.С., 1986), то в настоящее время наряду с такими реакциями появились реакции интравертированной направленности типа соматоформных расстройств, патологического фантазирования, депрессивных

масок, ипохондрических, паранойяльных и сексуальных дисфункций. Проявления терапевтического патоморфоза в клинике истерического расстройства личности, также можно проследить на примере изменения форм дебюта и течения динамических вариантов в пользу подострого, затянувшегося, прогрессирующего в процессе лечения психотропными препаратами. В судебно-психиатрической клинике произошел качественный сдвиг в трактовке юридических критериев в связи с введением в УК РФ положений ст.22., что привело к проявлению ложного патоморфоза, в частности таких его видов как концептуальный и административный. Социально-экономические преобразования в нашей стране за последние десятилетия имели негативное влияние на рост преступности и изменение ее структуры, что имело полное отражение в криминологическом аспекте лиц, проходивших судебно-психиатрическое освидетельствование в настоящее время (социальный аспект ложного патоморфоза). Кроме этого стремление уйти от затруднительных положений при помощи классических истерических механизмов «жажды признания» и «бегства в болезнь» у современных лиц с истерическим расстройством личности сопряжено с проявлением не свойственных ранее этому расстройству патохарактерологических черт, что приводит к сложному комбинаторному реагированию. В связи с возрастанием требований переходного общества к людям, смены идеологии социалистической собственности, девальвации духовных ценностей, имевших ранее общенациональное значение и формировании новых общественных отношений, основанных на принципах частной собственности, привело к тому всякие отношения преломляются через «призму капитала» (Асмолов А. Г., 1996), имеют теперь «законный и морально-одобрительный характер» (Курсак В. А., 1999). Это не могло не отразиться на клинике и поведении истерических личностей, так как вместо необходимой трезвой оценки и проявления сдержанности и благоразумия, они находили

неадекватные пути разрешения многих проблем. Для многих ранее более или менее социализированных лиц с истерическим расстройством эта ситуация в стране стала индивидуально-непереносимой. Эти и многие вышеописанные факты дают основание для констатации долговременного, экологического, соматизированного, культурального и административного, возрастного и гетерогенного, положительного истинного, патоморфоза истерического расстройства личности, который по феноменологии носит название интра - и интерсиндромального патоморфоза, а по клинической динамике интрадинамического и интердинамического патоморфоза. Ложный патоморфоз в клинике истерического расстройства личности в судебно-психиатрической практике проявился в качестве экономического и концептуального видов.

Таким образом, нами выявлены и описаны основные виды и формы патоморфоза истерического расстройства личности и их влияние на судебно-психиатрическую оценку.

## Заключение.

---

Проблема патоморфоза истерического расстройства личности на протяжении последних десятилетий остается одной из самых актуальных не только в общей психиатрии, но и в судебно-психиатрической практике. Это связано с частотой встречаемости истерического расстройства личности, определенными диагностическими и экспертными трудностями, полиморфизмом динамики и патоморфозом клинических проявлений. В судебно-психиатрической практике это особенно важно, так как перед психиатрами-экспертами стоят не только диагностические (медицинский критерий), но и экспертные (юридический критерий) вопросы, требующие однозначного и точного ответа.

Исследование продемонстрировало значительные различия в клинической картине истерического расстройства личности между всеми группами. При анализе персонографических данных обнаружили следующие тенденции: преобладали испытуемые молодого возраста, но в первой и третьей группах испытуемые в возрасте 19-25 лет встречались достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), в то время как во второй группе достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) встречались лица в возрасте 26-35 лет.

Преобладание в первой и третьей группах испытуемых более молодого возраста может служить косвенным отражением глубины и выраженности истерического личностного расстройства в этих группах по отношению к второй группе, поскольку возраст на момент совершения правонарушения говорит о наступившей социальной дезадаптации и ранее наступление ее свидетельствует о быстрых темпах развития расстройства личности и большей «ситуационной уязвимости» лиц, отнесенных к этим группам. Также обращает внимание достоверное различие между первой и третьей группой, так как процент лиц, совершивших правонарушение в возрасте 19-25 лет больше, что также свидетельствует о выраженности психопатических черт характера, которые лежали в основе более стойкой социальной декомпенсации этих лиц, способствовавшей совершению повторных правонарушений. Кроме

этого эти данные могут служить одной из предпосылок так называемого возрастного патоморфоза, который является подвидом истинного смешанного патоморфоза.

Анализ семейного статуса позволил выявить, что среди испытуемых 1 и 3 группы большинство состояли в браке или находились на момент освидетельствования в разводе, тогда как испытуемые 2 группы в брак вступали значительно реже. Испытуемые первой и третьей групп неоднократно вступали в брак, нежели испытуемые 2 группы, а также эти испытуемые стремились заводить детей. Также выявляются достоверные различия между испытуемыми 1 и 3 группами. Браки в первой группе распадались реже, что свидетельствует о лучшей коммуникативной адаптированности этих испытуемых. Для испытуемых первой группы внутри семьи также были наиболее характерны теплые отношения с супругами, напротив, во второй группе и четвертой группе этот показатель не очень высокий.

Как следует из данных, подавляющее большинство испытуемых из 1 и 3 групп стремилось занять в брачных отношениях доминирующую позицию, что соответствует патохарактерологическому радикалу истерического расстройства личности. Тогда как испытуемые второй группы обнаруживали равноправные, а иногда и подчиненные позиции в брачных отношениях, что может служить проявлением одного из опосредованных признаков трансформации патохарактерологических черт. Также обращает внимание на себя тот факт, что среднее количество детей на один брак во второй группе значительно меньше, по сравнению с другими группами. Таким образом, испытуемые первой группы оказались более адаптированными в семейном плане, обнаруживали лучший эмоциональный контакт внутри своих семей. Полученные данные могут свидетельствовать о современной тенденции снижения количества официально зарегистрированных брачных отношений, а также подтверждают данные об общем снижении рождаемости в

стране (признаки демографического патоморфоза). Также эти результаты могут косвенно указывать о снижении общей коммуникативной адаптации, трудностям в общении, нарастании замкнутости, эмоциональной отгороженности и трудностей в установлении прочных эмпатийных межличностных связей, что не является характерным для истерического расстройства личности, и, следовательно, опосредованно может указывать на признаки интрасиндромального нормоморфоза.

Образовательный уровень испытуемых в сравнении со средними показателями по стране в соответствии с данными Госкомстатата РФ 1999 г. практически не имеет существенных различий. Обращает на себя внимание, что во второй группе количество испытуемых с незаконченным и полным высшим образованием значительно больше, чем в других группах. В первой группе многие испытуемые продолжали свое образование в средних специальных и профессионально-технических учебных учреждениях. В третьей группе лишь немногие испытуемые после отбывания срока наказания продолжали повышать свой образовательный уровень в школах рабочей молодежи, профтех. училищах, двое закончили высшие учебные заведения

Как видно из данных, приведенных в главе 2, успеваемость испытуемых в основном удовлетворительная, несмотря на хорошие способности. Многие испытуемые в младшем школьном возрасте имели хорошую успеваемость, которая вследствие ряда причин (потеря интереса к обучению, проблемы дома и т.д.) в старших классах снижалась. Ряд современных авторов, сталкиваясь с подобными данными, как в нашем исследовании, в качестве рабочей гипотезы утверждают, что эти лица отличаются именно диссоциальным радикалом, который проявляется с детского возраста, когда несмотря на хорошие способности, ученики, не испытывающие интереса либо к преподаваемой дисциплине, либо к личности самого преподавателя, бросают обучение (Simonian S.J.,



1991, Harris G.T. et al 1994, Осницкий А.В., 1997).

Данные, приведенные во второй главе, показывают, что большинство испытуемых в первой группе служили в армии, но более половины из них были комиссованы по психическому и реже соматическому заболеванию. Многие испытуемые из второй группы, годные к строевой службе не призывались на действительную службу в связи с привлечением к уголовной ответственности или в связи с обучением в высших учебных заведениях. Самой неблагополучной по данному показателю оказалась третья группа, в ней проходили службу в армии только несколько человек. Это может также служить косвенным признаком проявления глубины личностного расстройства, а также свидетельствовать о наиболее раннем конце патохарактерологического оформления истерического личностного расстройства и выраженной социальной дезадаптации. Испытуемые второй группы не скрывали своего негативного отношения к возможному факту прохождения воинской службы, некоторые открыто заявляли, что либо симулировали у себя психические и соматические заболевания, либо пытались подкупить должностных лиц с целью избежания несения воинской обязанности. Этот факт можно объяснить трудностями в установлении межличностных контактов, и не присущими ранее истерическим личностям таких черт характера, как заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям, ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности и т.д., а также из-за боязни «неуставных отношений» среди военнослужащих и наблюдаемого в обществе снижения престижа службы в армии (признаки социального и интрасиндромального патоморфоза личности).

При анализе трудового анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что значительная часть испытуемых на момент задержания не имело никакой работы, особенно, это касается испытуемых второй группы. 24% испытуемых второй группы при задержании не имели рабочего места более года, перебиваясь случайными заработками и мелкими кражами. Многие испытуемые работали со снижением квалификации или занимались неквалифицированным физическим трудом. Необходимо отметить, что уровень безработицы, не зависел от уровня образования. Так уровень образования во второй группе был намного выше, чем в других, а уровень безработицы составил больше половины выборки этой группы. Более высокий уровень образования позволял претендовать на хорошие рабочие места, требующие высокой квалификации, но как правило, если испытуемые и занимались то неквалифицированным трудом. Во многом такое не соответствие квалификации испытуемых и занимаемой ими должности отчасти объясняется сложной социально-экономической обстановкой и общей безработицей в стране. В данном случае это - опосредованные проявления ложного экономического патоморфоза.

Таким образом, при анализе персонуграфических данных обнаруживаются следующие тенденции. Испытуемые из первой группы по ряду показателей были близки к испытуемым третьей группы и наоборот, выявлялись значительные различия между испытуемыми первой и второй групп. Испытуемые из первой и, особенно, третьей группы привлекались к уголовной ответственности значительно раньше испытуемых второй группы. Это может служить косвенным признаком ранней социальной дезадаптации, обусловленной выраженностью истерического расстройства личности, меньшей устойчивостью к провоцирующим социально-неблагоприятным ситуациям. А также служить опосредованным доказательством более раннего формирования патохарактерологического аномального склада личности у

испытуемых первой группы, чем у испытуемых второй группы (опосредованный признак возрастного нормоморфоза). Для испытуемых третьей и первой групп было присуще стремление к вступлению в брак, тогда как испытуемые второй группы к вступлению в официальные брачные отношения не стремились, проживали в гражданском браке или довольствовались случайными половыми встречами, часто меняли партнеров. Также испытуемые из второй группы имели значительно меньше детей в браке, чем испытуемые других групп, и также имели больший процент напряженных отношений в семье (с родителями, с супругами, если состояли в браке), что может свидетельствовать о глубине личностных расстройств, о появлении новых качеств, не присущих классической картине истерического расстройства личности. Такие качества как раздражительность, неуживчивость, конфликтность, мнимое чувство превосходства над окружающими, приводящие к стремлению вести уединенный образ жизни, нарастание замкнутости, приводило при обучении к трудностям взаимодействия с педагогами школ и возникшими коммуникативными препятствиями в общении со сверстниками. Возникновение новых, не присущих ранее истерическому расстройству личности качеств говорит, о проявлении признаков интрасиндромального патоморфоза.

Анализ биографических данных испытуемых проводился по 94 показателям. У большинства испытуемых во всех группах отмечались наследственная отягощенность психическими расстройствами. Обращает на себя внимание тот факт, что третья группа оказались наиболее неблагополучной по фактору отягощенной наследственности. Многие испытуемые отмечали у своих отцов признаки хронического алкоголизма, а также широко было распространено бытовое пьянство среди родственников. Это положение подтверждает мнение многих авторов ведущей конституциональной природе в патогенезе личностных расстройств.

(Гурьева В.А.,1999, Шостакович Б.В., 1991, Дмитриева Т.Б., 1998, Смулевич Б.А.,1997, и др.)

Различия также обнаруживаются при сравнении результатов неонатальной патологии у испытуемых в детстве. Течение беременности у матерей испытуемых в подавляющем большинстве случаев было нормальным. В основном наличие токсикозов в акушерско-гинекологическом анамнезе отмечалось у испытуемых второй группы. У испытуемых первой и третьей групп чаще у матерей встречалась многоплодная беременность, а также беременность в подростковом и позднем возрасте. Во всех группах роды также сопровождались патологией (асфиксия в родах, родовые травмы). Также следует заметить, что ранняя постнатальная патология примерно одинаково в первой и во второй группах. Ранняя постнатальная патология и патология беременности и родов, по мнению целого ряда авторов (Ковалев В. В., 1983, Печерникова Т. П., 1985, Александровский Ю. А., 1993, Виггинс О.,1993, Братусь Б. С., 1988, Брюховецкий А.С., 1990, и др.) в целом не приводящие к грубым нарушениям развития, все же имеют определенное влияние на характер развития, снижая общие адаптационные возможности организма, изменяя ее индивидуальную устойчивость, снижая компенсаторные резервы, что является общей предпосылкой для развития пограничных психических расстройств, том числе и истерического расстройства личности.

Тип воспитания в семьях испытуемых распределился следующим образом: в большинстве семей воспитание носило обычный характер. Во второй группе на первом месте стояла гиперопека, когда как в первой и третьей группах она стояла на втором месте после обычного воспитания и гипоопеки. Также достоверно различие между воспитанием в третьей группе, где родители больше проявляли избыточную строгость в воспитании испытуемых в детстве. Также следует отметить тот факт, что в третьей группе примерно треть испытуемых воспитывались в семьях с родственниками, которые когда -либо совершали правонарушения и

имели судимости. Становление личности таких испытуемых проходило под влиянием асоциальных установок и неправильного воспитания окружающих взрослых.

Значительная часть испытуемых в детском и подростковом возрасте испытывали насилие в той или иной форме. Уровень показателей насилия в семье приблизительно одинаков во всех группах, более высок он у испытуемых третьей группы. Обращает внимание на себя тот факт что, увеличилось число испытуемых во второй группе подвергшихся сексуальному насилию в детском возрасте, как в семье, так и вне семьи. Эти показатели соотносятся с общими показателями, констатирующими рост насилия и жестокого обращения с детьми в современном обществе и имеют прямую зависимость в проявлениях жестокости по отношению к близким и окружающим людям (Brooner R., Schmidt C. W., Felch L. J., Bigelow G. E., 1992, Palermo G. B., 1991, Михеев Р. И., 1995, Романов В. В., 1998, Ситковская О.Д. 1999, и др.).

Большинство испытуемых обнаруживали уже в детском и подростковом возрасте признаки пограничных психических расстройств преимущественно невротического характера, поведенческие нарушения в детстве диагностировались у испытуемых первой группы достоверно реже, чем во второй и третьей группах, ранее госпитализированы в психиатрические стационары, но только 2,4% в первой, 6,7% во второй группе и 3,2% в третьей группе эти госпитализации были обусловлены наличием невротической симптоматики, а в подавляющем числе случаев госпитализации в психиатрические клиники были обусловлены неправильным или антисоциальным поведением.

В третьей и первой группах большинство испытуемых были привлечены к уголовной ответственности до 20 лет. Но примерно четверть испытуемых из третьей группы уже отбывала наказание за совершенные ранее преступления. Таким образом, необходимо отметить, что для испытуемых третьей группы характерными

являлись ранние средовые расстройства адаптации, возникавшие, по-видимому, в силу биологической предрасположенности к искаженным формам поведенческих реакций, проявлявшиеся в значительной степени под влиянием неблагоприятных факторов микроокружения, в то время как для испытуемых второй группы они были характерны, несмотря на относительно микросредовое благополучие.

Таким образом, при анализе биографических данных у испытуемых во всех группах, особенно в третьей, отмечается значительная наследственная отягощенность психическими расстройствами и алкоголизмом. Патология родов и беременностей у матерей и в неонатальном периоде испытуемых в первой и третьей группах встречалась примерно в одинаковом количестве. Большинство испытуемых воспитывалось в неполных семьях, особенно много таких испытуемых в во второй и третьей группах. Тип воспитания в семьях носил обычный характер, но из неправильных случаев наиболее часто встречались гипо - и гиперопека. Во всех группах испытуемые в детском и подростковом возрасте подвергались различным видам насилия, во второй группе испытуемые подвергались сексуальному насилию в детстве. Невротические и поведенческие расстройства, у испытуемых в детском периоде чаще отмечались в третьей группе.

Большинство испытуемых первой и второй группы при поступлении на судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦ ССП привлекались к уголовной ответственности впервые. В третьей группе отмечалась тенденция к повторным деликтам. Самыми частыми преступлениями во всех группах были преступления против собственности, в том числе и с насилием, во второй группе большой удельный вес занимают преступления против жизни и здоровья (убийства, причинение вреда здоровью, различной степени тяжести, преступления против половой неприкосновенности). Также обращает на себя тот факт, что у испытуемых третьей группы

происходит утяжеление совершенных противоправных действий. Количество преступлений против жизни и здоровья граждан возросли с 40,5% в первой до 69,1% во второй группах. Это соответствует в целом общей тенденции к росту насилия в структуре преступности, а также служит опосредованным признаком проявления поведенческих механизмов, вызванных появлением новых патохарактерологических черт в истерическом расстройстве личности и увеличении агрессивности среди испытуемых второй группы (косвенные признаки интрасиндромального, социального патоморфоза).

Анализ уголовных дел позволяет говорить о том, что большинство преступлений против жизни и здоровья не планировались испытуемыми. Многие испытуемые утверждали, что не собирались убивать потерпевших, но хотели только избить их, однако не смогли рассчитать силу удара, и без остановки осыпали ударами уже мертвое тело потерпевшего. Однако во второй группе, причинение тяжких телесных повреждений потерпевшим и часть убийств, были тщательно спланированы испытуемыми задолго до совершения преступления.

Многие испытуемые, в том числе и привлеченные к уголовной ответственности впервые, обвинялись в совершении нескольких правонарушений. Отмечается незначительное возрастание числа испытуемых, совершивших по несколько преступлений в короткий интервал времени в третьей группе. Во второй группе была высока доля преступлений, совершенных одновременно против собственности и против общественной безопасности (захват заложников, изготовление и незаконное хранение оружия и боеприпасов, хулиганство, организация преступного сообщества, сбыт и хранением наркотиков и т.д.). Эти факты, служат косвенными показателями увеличения агрессивности среди испытуемых с истерическим расстройством личности во второй группе, а также появлением в клинической картине новых

патохарактерологических черт, таких как крайне низкая толерантность к фрустрациям и низкий порог разряда агрессии, неспособность испытывать чувство вины, склонность к внешнеобвиняющим реакциям и выдвиганию благовидных объяснений своему поведению, приводящих субъекта к конфликту с обществом. Это также может служить опосредованным признаком интрасиндромального и социального патоморфоза.

Треть испытуемых во всех группах ранее привлекались за сходные преступления. В подавляющем большинстве случаев во второй группе преступления были связаны с насилием. Такой высокий процент насилия у психопатических личностей истерического круга подтверждается данными современных исследователей (Dolan B., Coid J. (1998), Горшкова И.В., Горинова В.В и Антоняна Ю.М. 1998-1999г.г. и др.). Также во второй группе высок показатель преступлений, совершенных против половой неприкосновенности (8 испытуемых против 1 случая в третьей группе), при чем три из них были совершены в отношении несовершеннолетних. Достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) испытуемые первой группы совершали свои преступления в одиночку, тогда как испытуемые из второй группы достоверно чаще совершали свои преступления в составе преступных группировок (34,8% против 10,3%), а в 64,3% являлись «вдохновителями преступлений» (Harry V., 1992), возглавляли их, или занимали лидирующие позиции.

Мотивация совершенных правонарушений также заслуживает особого внимания. По данным В.В. Гульдана (1983) на первый план у истерических личностей выступает психопатическая самоактуализация (54%), за ней следуют аффектогенные мотивы (47%), анэтические мотивы (19%). В нашем исследовании мотивация правонарушений в целом соответствует данным В.В. Гульдана, но обращает на себя внимание тот факт, что уровень корыстных мотивов, особенно во второй группе, очень высок. Для большинства испытуемых второй группы ведущими являлись корыстные мотивы,



мотивы психопатической самоактуализации, личной неприязни к потерпевшим и т.д. Анализ корыстных мотивов у испытуемых второй группы показывает, что за фасадом желания продемонстрировать свои корыстные цели у испытуемых нередко можно установить типичные мотивы психопатической самоактуализации. Так, только менее половины испытуемых второй группы предварительно планировали преступление. В подавляющем большинстве случаев, почти во всех группах, действия правонарушителей часто носили малосистематизированный характер, они оставляли на месте преступления либо улики, ясно свидетельствующие против них, либо свидетеле преступления, которые легко их могли опознать. Испытуемые первой и третьей групп совершали преступления чаще в состоянии алкогольного опьянения (26,8% и 34,5% соответственно против 16,3% во второй). Испытуемые первой группы достоверно реже не доводили начатых преступлений до конца (29,5% в первой группе против 12,8% в третьей группе и 11,8% во второй группе).

Таким образом, для испытуемых первой и третьей групп оказываются характерными аффектогенные мотивы совершения тяжких преступлений, которые часто совершались спонтанно, без предварительного планирования и учета реальной ситуации. Высокая доля преступлений против жизни и здоровья, отмечающаяся во второй группе, может объясняться трудностью для данной категории испытуемых находить социально приемлемые пути для решения межличностных конфликтов а также высокой агрессивностью. Жертвами подобных преступлений иногда становились близкие люди и знакомые, с которыми у испытуемых существовали многосторонние отношения, часто возникали незначительные конфликты, инспирируемые испытуемыми и приобретающие для них высокую значимость.

Анализ психопатологических данных и блока истерической симптоматики проводился по 198 показателям. Оценивалось как состояние на момент экспертизы, так и представленные

документально подтвержденные анамнестические данные. Полученные данные испытуемых первой группы по описанию клинической картины истерического расстройства согласовались с данными Шостаковича Б. В. (1967, 1971), отметившего нарастание удельного веса патохарактерологического варианта динамики истерического расстройства личности и увеличение числа истерического расстройства личности в группе вменяемых с расстройствами личности.

Злоупотребление алкоголем у испытуемых достоверно чаще отмечалось в первой (49,2%) и третьей (64,2%) группах против 38,2% во второй группе. Во второй группе у испытуемых отмечалась тенденция к эпизодическому употреблению наркотических веществ (35,2%), и злоупотреблению лекарственными препаратами с целью наркотического одурманивания (26,3%) и вдыханию паров препаратов бытовой химии (токсикоманические эпизоды) – 2,3%. Таким образом, в современной группе расширился спектр экзогенных вредностей, а также изменилась его структура, что в сочетании с конституциональными проявлениями говорит о гетерогенности патогенеза нормоморфоза истерического расстройства личности.

Источником патопсихологических данных в основном служили заключения экспертов- психологов по данным экспериментально- психологического исследования. Для испытуемых катамнестической третьей группы, при последнем исследовании (3\* группа) характерным оказалось продуцирование конкретных ассоциативных образов в методике «Пиктограммы» (86% против 51,4% в этой же группе при первом поступлении; 34,2 % в первой и 29,3% во второй группах). Во всех группах была характерна завышенная самооценка (45,2% в третьей, 56,4% в первой и 67,3% во второй группах), что вполне соответствует самому психологическому профилю истерического расстройства личности.

Характерным отличием испытуемых третьей и первой групп явилась значительная личностная незрелость (57,6% и 45,2% соответственно, против 21,2% во второй группе). В третьей группе отмечались негрубые нарушения операций сравнения, обобщения по использовавшейся методике на классификацию и исключение. Испытуемые третьей и второй группы чаще производили операции обобщения с опорой на формальные признаки. Эти же испытуемые при повторном поступлении в Центр (3\* группа) производили обобщение не только с опорой на формальные признаки, но иногда производили выбор по латентным или отдаленным свойствам, что в единичных случаях наблюдалось также у испытуемых второй группы. Агрессиологические особенности испытуемых оценивались применением шкалы Басса-Дарки. У всех испытуемых второй группы был высоким не только уровень вербальной и физической агрессии, но и проявились негативизм, раздражительность и подозрительность. Уровень враждебности у испытуемых третьей \* и второй групп примерно одинаков, особенно высоким был средний индекс агрессивности у испытуемых во второй группе.

Личностные особенности испытуемых оценивались при анализе данных опросника ММРІ, теста Роршарха. Анализ профилей ММРІ показал, что для всех групп характерны высокие величины L-шкалы (40-50 Т-баллов), которые указывают на сознательное стремление испытуемого показать себя в более выгодном свете или благоприятную самооценку, чаще всего отличающуюся от действительности, а по мнению психологов Березина Ф.Б. и Мирошникова М.П.(1992) свидетельствует об элементах ханжества. В 24% в третьей группе при повторном поступлении отмечались высокие показатели L-шкалы в сочетании высокими показателями F. ("конверсия V»). Это свидетельствовало об установочном поведении и нежелании «раскрыться». Во второй группе практически одинаково были выражены при установочных реакциях как высокие величины, так низкие величины данных шкал, что

может служить показателем симулятивного поведения у истерических личностей с высоким уровнем вытеснения. У примерно трети испытуемых во всех трех группах были высокие показатели шкалы К, что свидетельствует о том, что испытуемые отрицали у себя или открыто игнорировали психологические проблемы и конфликты. При исследовании второй группы, а также группы третьей\* наиболее часто отмечалось увеличение Нs шкалы (сочетания 12,14,18, 19,10, 10), что свидетельствует о множественности ипохондрических проявлений у данных испытуемых. Обнаруженная во второй группе интравертированность у испытуемых, способствует еще большей фиксации испытуемого на болезненных ощущениях, ведет к реализации заботы о собственном благополучии. Несмотря на довольно значимое снижение настроения показатели D- шкалы были, в основном, рамках нормы во всех исследуемых группах. Высокие показатели данной шкалы (сочетания 21, 23,29) отмечались у лиц, которым грозило длительное тюремное заключение в случае осуждения. Высокие показатели Ну-шкалы были характерны практически для всех групп, что представляет диагностическую ценность для истерии. Однако примерно четверть испытуемых третьей\* группы и 13,2% во второй отмечают ровные сочетания. Что может свидетельствовать о малой приверженности групповым интересам, суженом направлении интересов, намеренным невниманием к внешним атрибутам, или неискренности ответов. Обращает также высокие показатели Pd-шкалы во всех группах. Интерес вызывает появление завышенных показателей Fm-шкалы и Sch-шкалы во второй группе. Умеренное повышение Pa- шкалы в сочетаниях 61,62,64 присущи примерно трети профилей в третьей\* группе. Также хочется выделить появление низких показателей Si- шкалы при исследовании третьей группы и повышение в профилях второй группы, что свидетельствует о преобладании интрапсихической жизни, скрытности, интимном характере переживаний, своеобразии в

коммуникативной сфере, избирательности и глубине контактов с уклонением от социальных обязанностей. Такие результаты в целом соответствуют данным Собчик Л.А., Tarnovski K. J., Gibbs J. C., Sivic T., Delimar N., Schoenfield P., подтверждающих появление в личностных профилях лиц с истерическим расстройством личности ранее не присущих этому личностному расстройству черт, что связывают с тенденцией «общей адаптации в современном обществе». Такие данные подтверждают наше утверждение о интрасиндромальном патоморфозе истерического расстройства личности.

Несмотря на тот факт, что у многих испытуемых в третьей\* группе отмечались признаки микроневрологической симптоматики, чаще обусловленного травмами, соматическими и атеросклеротическими расстройствами, а также эпизодами интоксикации алкогольного и наркотического генеза, ведущее положение в клинике занимали признаки собственно истерического расстройства личности. Случаев выраженных интеллектуально-мнестических расстройств отмечено не было.

При обследовании в Центре у испытуемых всех групп отмечались свойственные истерическому расстройству личности эгоцентризма (97,3%), стремления во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих (83,7%), занять лидирующее положение среди сверстников (79,6%), что является причиной для проявления чрезмерной общительности и хвастливости, лживости вплоть до псевдологии и мифомании, аффективные реакции испытуемых имеют оттенок экзальтации (85,6%), они нестойки и носят в основном инфантильно-гедонистический (58,4%) или псевдоальтруистический характер. Такие испытуемые еще в подростковом возрасте крайне эгоистичны, черствы, отличаются повышенной внушаемостью (78,4%), себялюбием, заносчивостью, подчеркнуто экстравертированы (87,9%). Черты характера испытуемых с истерическим расстройством личности порой противоречивы, их проявления ситуационно обусловлены до такой

степени, что в различных жизненных ситуациях они могут выглядеть диаметрально противоположными личностями. Свойственная им театральность (78,9%) и завышенная самооценка (88,3%), а также склонность к самодраматизации (76,6%), демонстративность (74,9%) и претенциозность (56,4%), манипулятивное поведение (76,5%) – все подчинено достижению поставленных целей у таких субъектов. У испытуемых второй группы наблюдается некоторое нивелирование этих истерических черт по сравнению с испытуемыми первой группы. На фоне завышенной самооценки (89%), эгоцентрических установок (92,8%), неустойчивости аффекта (64,3%), склонности к самодраматизации (75,8%) и фантазированию (69,4%), претенциозности (64,2%) у этих испытуемых проявляются эксплозивность (46,3%), ранимость (45,8%), сензитивность (54,2%), интравертированность (32,4%), отгороженность (11,2%). Эмоциональная лабильность у испытуемых второй группы проявляется также нестойкостью интересов и отсутствием близких доверительных отношений с другими людьми. Фантазирование присущее истерическому расстройству носит несколько иной характер, у 31,4% испытуемых второй группы оно приобретает аутистический характер и наряду с интроекцией возникает склонность к интроспекции. Указанные выше личностные особенности, выявленные у испытуемых второй группы позволяют еще раз подтвердить наше предположение о интрасиндромальном и интрадинамическом патоморфозе истерического расстройства личности.

Отдельно следует отметить выявленные различия в проявлении аффективных расстройств у испытуемых. Доминирующее положение как в первой (87,9%), так и во второй (89,5%) группах у испытуемых занимали депрессивные состояния различной продолжительности и глубины. У испытуемых первой группы тревога составляла 46,7%, когда

как у испытуемых второй группы этот показатель составил 68,3%. Также сравнительно высоким был показатель ситуационно обусловленной апатии, как следствие реакции на ситуации неуспеха, во второй группе (21,8%), когда испытуемые замыкались в себе, проводили свободное время в постели, ничем не интересовались, при этом нередко большинством высказывались ипохондрические идеи. Пониженное настроение у испытуемых второй группы нередко сопровождалось фобическим компонентом. Данные о наличии признаков психического инфантилизма у испытуемых первой, второй, третьей групп в целом согласуются с наблюдениями Л. В. Гусинской (1979), Г. Н. Пономарева (1984) и Л. В. Ромасенко (1993). У многих испытуемых 3\* группы патологическое фантазирование сохранялось и в зрелом возрасте, они нередко сообщали о себе заведомо неправдоподобные сведения, хвалились выдуманными успехами, присваивали себе авторство стихов и изобретений, бравировали спортивными рекордами в прошлом и т.п. Разоблачения этих псевдологических измышлений приводили к бурным аффективным вспышкам у большинства испытуемых в первой группе и во второй группе, но затем многие вскоре забывали их содержание, продолжали общаться, что говорило о нестойкости данных фантазий. Испытуемые во второй группе давали реакцию обиды в виде нежелания продолжать разговор, замыкались в себе, отказывались от дальнейшего общения на некоторое время. Стоит отметить еще раз проявление такого нового качества в клинике истерического расстройства личности как элементы аутического фантазирования и интроспекции. Также для таких испытуемых всех групп было характерно формирование сверхценных идей, нередко носивших стойкий характер.

Однако, испытуемые третьей \* группы в нескольких случаях демонстрировали стойкость таких идей, и даже наблюдались случаи патохарактерологического паранойяльного развития личности различной выраженности.

Для большинства испытуемых третьей и второй группы, и примерно треть испытуемых первой группы было характерно выраженное агрессивное поведение не только во время криминальной ситуации, но и вне ее. У испытуемых всех групп в анамнезе также отмечались эпизоды аутоагрессивного поведения, носившего в основном демонстративно-шантажный характер, отражавшийся в многочисленных угрозах самоубийства и суицидальных попытках. У испытуемых второй группы достоверно чаще проявлялось аутоагрессивное и агрессивное поведение. Наши наблюдения говорят о том, что испытуемые первой и третьей групп чаще наносили себе неглубокие самопорезы в области предплечий или пытались в присутствии окружающих повеситься, когда как испытуемые второй группы наряду с самоповреждениями различного характера, принимали большие дозы лекарственных препаратов с целью отравления. Стоит также отметить увеличение синдрома имитации болезней (синдром Мюнхгаузена), развивавшегося по классическим истерическим механизмам «бегства в болезнь» и «жажды внимания» среди испытуемых второй группы, что часто было вызвано трудностями установления контакта с сокамерниками и было своеобразным способом решения межличностных конфликтов.

При сравнительном анализе анамнеза и состояния на момент обследования испытуемых первой и второй групп можно зафиксировать и выявить определенную динамику истерического расстройства личности. Подтверждая данные Б.В. Шостаковича о характере динамических сдвигов, в большинстве случаев динамика истерического расстройства личности носила отрицательный характер, т.е. на протяжении нескольких лет расстройство личности



углублялось, набирало новые патохарактерологические особенности, заострение которых под влиянием неблагоприятных факторов среды приводило к декомпенсациям. Лишь в 16,3% в первой и 9,8% во второй группе динамика истерического расстройства личности носила положительный характер вследствие смягчения средовых факторов или активной выработки механизмов психологической защиты, приводящих к стойкой компенсации патологических черт характера.

Исходя из предложенной Т.Б. Дмитриевой (1998) концепции, было выделено три варианта динамических сдвигов истерического расстройства личности: патохарактерологический, невротический, реактивно-психотический. При невротическом варианте чаще всего возникали вазовегетативные и истероневротические реакции, как в первой, так и во второй группах. Большую роль в возникновении невротических расстройств играли психогенные микросоциальные воздействия, порой приводящие к проявлению различного рода психосоматических эквивалентов. Особенно ярко это проявлялось у испытуемых второй группы. Невротическое развитие чаще всего шло по пути нарастания ипохондрической симптоматики. Можно также отметить редукцию конверсионных синдромов, функциональных и двигательных нарушений. Картина истерической невротической депрессии у испытуемых первой и третьей группы характеризовалась яркой экспрессивностью, самовзвинчиванием, рыданиями и драматической жестикуляцией с вазовегетативными проявлениями, требованиями особого внимания к себе. У испытуемых второй группы невротическая депрессия в большинстве случаев смягчала остроту эмоционального реагирования, на фоне вегетативных проявлений на передний план выходила астеноипохондрическая симптоматика со скрупулезным анализом внутренних ощущений и требованием назначения всевозможных методов обследования и лечения. При наличии экзогенной или соматогенной вредности при затяжном течении

депрессия переходила в невротическое развитие. По мере нарастания тяжести болезненного состояния иногда происходило усиление истерических черт и парциальное снижение критики к своему состоянию.

При патохарактерологическом варианте в обеих группах чаще встречались декомпенсации, а затем психопатические реакции. И те, и другие возникали под воздействием психогенных вредностей и приводили к устранению закрепившихся компенсаторных качеств и гротескному усилению истерических черт и протекали с утрированным усилением привычного способа реагирования. Во второй группе чаще встречались неспецифические реакции (неоднозначный тип) паранойяльного, ипохондрического и эксплозивного характеров. Также следует отметить, что у испытуемых второй группы отсутствовало острое начало, было характерно подострое клиническое проявление и затяжное течение в динамике истерического расстройства личности.

Формирование патологического развития личности под воздействием ситуационных вредностей и сформировавшихся уже соматогений происходило в основном после тридцати шести лет. В клинике истерического расстройства личности у испытуемых первой и второй групп также были психопатические фазы (либо легкие депрессивно окрашенные беспричинные колебания настроения, либо легкие субманиакальные состояния). У испытуемых второй группы в рамках психопатических фаз преобладали субдепрессивные расстройства, иногда с дисфорическим компонентом.

Среди реактивно-психотического варианта динамики у лиц с истерическим расстройством отмечается незначительное снижение общего числа реактивных состояний во второй группе. Так доля реактивно-психотического варианта динамики в первой группе составила 24%, во второй – 18%, патохарактерологический вариант составил – 37% и 31% соответственно. Обращает на себя внимание

тот факт, что значительно представлен во второй группе невротический вариант – 51% против 37% в первой группе. Таким образом, в ходе сравнительного анализа полученных данных, были выявлены различия в соотношении между невротическим и патохарактерологическим вариантами динамики истерического расстройства личности, что служит показателем интердинамического и интерсиндромального патоморфоза.

Анализ полученных данных относительно третьей группы позволяет судить о некоторой возрастной динамике психопатологических черт у истерических психопатов, неоднократно совершавших правонарушения и проходивших судебно-психиатрическое освидетельствование. Анализируемые случаи повторных поступлений в Центр имели период от 10 до 24 лет между поступлениями. Исследуемые лица были разделены по трем возрастным периодам: молодости, зрелому и позднему возрасту. Увеличение сроков катамнестического наблюдения открывало ряд психопатологических закономерностей. У испытуемых старшего возраста нивелировались истерические проявления в обычных ситуациях, но резче проявлялись патохарактерологические черты при декомпенсациях, обнаруживалась склонность к более выраженным психопатическим реакциям, включая присоединение вегетативной, невротической, аффективной и ипохондрической симптоматики. Испытуемые агgravировали свое соматическое неблагополучие, требовали особого внимания. Также эти испытуемые были склонны к стереотипному реагированию на ситуационные вредности. В то же время характер регистрируемых изменений не совпадал с различиями, выявленными при сравнительном анализе у испытуемых первой и второй групп.

Анализ данных по судебно-психиатрическому решению проводился по 45 показателям. Большинство испытуемых во всех ранее проходили судебно-психиатрическое освидетельствование по

данным делам до назначения СПЭ в Центре. Больше чем в половине случаев по группам предыдущих СПЭ испытуемые оставались без экспертного решения.

В первой группе испытуемые были признаны невменяемыми с диагнозом: «Глубокая психопатия истерического круга» и к этим испытуемым было рекомендовано направление на принудительное лечение в психиатрический стационар на общих основаниях. Во второй группе был всего двое испытуемых с диагнозом: «Истерическое расстройство личности. Декомпенсация», которые были признаны невменяемыми, им рекомендовалось применение принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре специализированного типа. В третьей группе при первом поступлении лиц с истерической психопатией, подвергшихся экскульпации было четверо, троим из них, было рекомендовано проведение лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа, один был направлен в психиатрический стационар на общих основаниях. При анализе 3\* группы при повторном поступлении из группы экскульпированных испытуемых только один человек был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в стационар специализированного типа с диагнозом: «Истерическое расстройство личности. Паранойяльное развитие личности (идеи преследования)». Еще двум испытуемым применялась ст. 22 УК РФ, рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра в местах лишения свободы. Двое испытуемых ранее не подвергавшихся экскульпации были признаны невменяемыми с диагнозом: «Истерическое расстройство личности, состояние декомпенсации» направлены на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа. Во второй группе к восьми испытуемым была применена 22 ст. УК РФ и рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение. В 12,6% во второй группе, 16,% в первой и 23,6% в третьей группах, испытуемым наряду с вынесением

экспертного решения о вменяемости в отношении содеянного правонарушения в связи с наличием склонности к злоупотреблению алкогольными напитками и эпизодами употребления наркотических препаратов с целью одурманивания рекомендовалось амбулаторное наблюдение психиатра-нарколога в местах лишения свободы.

Число симулянтов в первой группе значительно ниже по сравнению с испытуемыми, симулировавшими во второй. Также различными были картины симуляции. Если в первой группе больные иногда имитировали эпилептические припадки и наличие у себя продуктивной симптоматики, то во второй группе испытуемые активно симулировали наличие у себя шизофренического процесса, требовали особого внимания к себе, предъявляли массу жалоб соматического характера, неоправданно просили назначить им консультации различных специалистов, были ипохондричны и ссылались на госпитализации в психиатрические и общесоматические стационары. Часто это проявлялось демонстративно-театральным поведением в отделении, имелись эпизоды самовзвинчивания и аффективных вспышек, предъявляемая галлюцинаторно-бредовая симптоматика не носила систематизированного характера, хотя порой имела определенную бредовую фабулу с отрывочными идеями преследования и отношения, но не сопровождалась аффектами страха или тревоги, подавленности, галлюцинации носили изолированный характер, предъявлявшаяся психомоторная заторможенность и депрессия исчезали, как только испытуемый не замечал наблюдающего за ним персонала. Часто испытуемые были навязчивы со своими просьбами к персоналу, пытались навязать свои витиеватые резонерские измышления на темы религии и морали, о смысле жизни, а также много писали в свободное время писем к лечащим врачам, где часто переписывали содержание фантастических или оккультных произведений, выдавая их за свои жизненные теории, при иронии со стороны врачей и детальном расспросе требовали рассмотрения их

компетентными лицами, демонстрировали поглощенность своим открытием. Такие формы симуляции ставили экспертов порой в затруднительное положение, так как развившись в период следствия, требовали дифференциальной диагностики с бредоподобным фантазированием в рамках реактивного психоза, и для уточнения диагностических и экспертных вопросов таким испытуемым приходилось продлевать срок судебно-психиатрической экспертизы. Также выявляется определенная связь между предыдущими судимостями и характером симуляции. В основном наиболее «грамотно» симулировали психические заболевания лица, которые уже не раз привлекались к уголовной ответственности, что характерно как для первой, так и для второй групп.

При создании алгоритма дифференцированной экспертной оценки истерического расстройства личности наше исследование опиралось на общие принципы судебно-психиатрической диагностики (Шостакович Б.В., 1971, 1998), в том значении, которое придается с точки зрения психопатологического феномена сформулированного Ф.В. Кондратьевым (1986) в системе «психическое расстройство – личность – ситуация» и критерии применения положений ст. 22 УК РФ, разработанные Л. О. Пережогиним (2001). На первом этапе происходила верификация самого диагноза «истерическое расстройство личности». На втором этапе экспертами оценивался юридический критерий в континууме «вменяемость-невменяемость», на основе разработанных, общепринятых экспертных критериев (Лунц Д.Р., 1954, Волков Г.Д., 1968, Шостакович Б.В., 1987, Гусинская Л.В., 1979, Морозов Г.В., 1988, Гиндикин В.Я, Гурьева В.А., 1999, Дианов Д. М., 1998 и др.). Таким образом, оценивались испытуемые первой и третьей групп до принятия УК РФ и введения в него ст. 22, который вступил в свое действие с 1.01. 1997 г., об уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости. Затем,

исключив «невменяемость», происходил дифференциальный анализ в континууме «вменяемость-ограниченная вменяемость» с учетом исключающих критериев. Такое изменение в современной трактовке экспертного заключения у испытуемых с истерическим расстройством личности может служить проявлением ложного концептуального патоморфоза.

Таким образом, большинство экспертных решений в отношении лиц с истерическим расстройством личности соответствует в общих чертах экспертной оценке расстройств личности вообще и определяется единством медицинского и юридического критериев вменяемости, т.е. в подавляющем большинстве случаев испытуемые достаточно ориентируются в окружающей обстановке, и могут в полной мере осознавать общественную опасность и фактический характер своих действий и руководить ими. Исследование патоморфоза истерического расстройства личности не только дает возможность проследить закономерные видоизменения клинико-динамических параметров расстройств личности, но и позволяет сопоставить принципы экспертного подхода, которые в разные временные периоды считались оптимальными, и провести правильный анализ и вынести взвешенное точное экспертное решение на современном этапе.

## Выводы.

---

1. Истерическое расстройство личности за последние тридцать лет подверглось истинному патоморфозу в рамках своей нозологической формы (нормоморфоз). В современной клинической картине истерического расстройства личности, и в клинике динамических проявлений выявляются отличия от классической клинической картины: наряду с истерическими чертами возникают признаки, более присущие шизоидному, эмоционально-неустойчивому, диссоциальному типам, повысился индекс агрессивности (интрасиндромальный патоморфоз).
2. Сравнительный анализ продемонстрировал изменение соотношения вариантов динамики истерического расстройства личности. Стал более распространенным невротический вариант динамики, и проявляется нарастание соматизированных расстройств (соматизированный вариант биологического патоморфоза), т.е. о более благоприятном течении данного психического расстройства (положительный патоморфоз). Также отмечается относительное снижение частоты патохарактерологического и реактивно - психотического вариантов динамики (интерсиндромальный, интердинамический положительный патоморфоз).
3. Изменилась клиническая картина внутри самих динамических синдромов. Преобладало подострое начало клиники и выявлялась склонность к затяжному течению декомпенсаций. Усложнилась клиническая картина динамики истерического расстройства личности в связи с декомпенсаторным обострением не свойственных ему черт, а также в связи с увеличением случаев с комбинаторным и неспецифическим (неоднозначным) реагированием на экзогенные и эндогенные



вредности (интрадинамический, интрасиндромальный патоморфоз).

4. Катамнестическое исследование лиц с истерическим расстройством личности позволило сделать выводы о характере возрастной динамики, обнаруживающей трансформацию психопатических черт, сопровождающееся в то же время сглаживанием, стиранием характерных особенностей, смягчением собственно истерической симптоматики. Истерические проявления, отмечавшиеся в молодом возрасте, сохранялись и в более поздние годы, становясь привычной, стереотипной, шаблонной формой реагирования, но они утрачивали эмоциональную насыщенность, тускнели. Присоединялись расстройства, связанные с соматическими и атеросклеротическими изменениями в организме. Патохарактерологическое развитие в основном проходило по ипохондрическому и паранойяльному типам. Отмечались явления хронификации синдрома «отрыва от дома».
5. Характер противоправных действий, совершенных лицами с истерическим расстройством, определяется в основном социально-психологическими доминантами. Изменился характер и структура ООД, совершаемых лицами с истерическим расстройством личности (социальный патоморфоз). Повысился показатель преступлений против жизни и здоровья населения, правонарушений с применением насилия, а также появились преступления, связанные с распространением и хранением наркотических препаратов, незаконным хранением огнестрельного оружия, формированием преступных группировок и т. д. В группах с возрастной динамикой отмечалась склонность к «срыву криминального статуса» и утяжелению совершаемых правонарушений.
6. Изменилась клиническая картина симуляции у лиц, страдающих истерическим расстройством личности. Расширился спектр

симулируемой психопатологии, меньше предъявляется объективной психотической симптоматики, имеет место аггравация аффективных расстройств, симулируются расстройства мышления, бредовые, эмоционально-волевые расстройства, в связи с чем у экспертов возникают трудности в решении поставленных диагностических и экспертных вопросов.

7. Судебно-психиатрическая оценка действий лиц с истерическим расстройством личности изменилась в связи с введением в УК РФ ст. 22, что внесло коррективы в экспертные решения. Выраженная личностная незрелость, преобладание импульсивных мотивов в поведенческих реакциях, преимущественно агрессивного характера, ситуационная зависимость, действия, осуществляемые без достаточного уровня критичности и прогноза последствий, позволили экспертам расценивать состояние на момент совершения преступлений у части лиц как соответствующее категории «ограниченной вменяемости» (концептуальный и административный патоморфоз). Необходимость экскульпации обосновывалась в случаях: особо острых «декомпенсациях истерического расстройства» с выраженным полиморфизмом и гротескной дисгармоничностью патохарактерологических черт личности, но и с преобладанием неоднозначного типа реагирования на патохарактерологическом и реактивно-психотическом уровне; «глубоком расстройстве личности» (глубокой психопатии) характеризовалось значительной дисгармоничностью, выраженностью, полиморфизмом патохарактерологических черт характера с парциальными нарушениями мышления и прогностических функций, снижением критичности к судебно-следственной ситуации и к своему поведению в целом. В случае «невменяемости» трактовка медицинского критерия не изменилась.



## Литература.

---

1. Абабков В.А. О патоморфозе истерического невроза.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1992, № 5 -12, С. 93 -97.
2. Авруцкий Г.Я. Некоторые характеристики лекарственного патоморфоза на двух этапах развития психофармакологии.//Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1974, № 9, с. 1376 -1381.
3. Авруцкий Г.Я. Изменения в клинике и течении психозов в итоге массовой психофармакотерапии.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1979, № 9, С. 1387 -1391.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: "Медицина", 1993 - 400 с.
5. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С. Клинический патоморфоз неврозов. // Орг. и клин. вопросы погран. психиатрии (сборник научных трудов). Под ред. Ю.А. Александровского- М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1990 - С. 100 - 106.
6. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. Психология Отечества. М., 1996 -235с.
7. Андреева Е. С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ. Автореф. ... канд. мед. наук., М. - 2000.-22с.
8. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступное поведение и психические аномалии. М.: "Спарк", 1998 - 215 с.
9. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии. М., 1987, С. 124-157
10. Аргунова Ю. Н. Преступность ограниченно вменяемых лиц // Независимый психиатрический журнал, 1998, № 1 - С. 56-59.
11. Арсенюк Т.М. Патоморфоз истерических реактивных состояний. Автореф. ... канд. мед. наук, М. -1984.-23с.
12. Баркан Д.В. О патоморфозе клинической картины маниакально-депрессивного психоза под влиянием

- антидепрессантов и нейролептиков. В кн.: Фармакологические основы антидепрессивного эффекта. Л. 1970, С. 163 – 165.
13. Баркан Д.В. К вопросу о патоморфозе шизофрении. Автореф. ... канд. мед. наук, Л. – 1975, -25с.
14. Белов В.П., Казаковцев Б.Н. Варианты динамики эпилепсии с транзиторными и хроническими психотическими расстройствами.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С.36-43.
15. Березин Ф.Б, Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности: структура, основы, интерпретации, некоторые области применения. М.: «Фолиум»,1994.- 175с.
16. Блюменау В. Об истерии. М., МГУ. 1926, - 89с.
17. Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Герасимова С.М., Метелица Ю.Л. Патоморфоз психических заболеваний и особенности экспертных заключений. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, с. 29- 36.
18. Болдырев А.И., Поздняков В.С. Патоморфоз хронических эпилептических психозов. – Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1989, № 6, с 50 -53.
19. Бородин С. В., Котов В. П. Комментарий к ст. 22 УК РФ // Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой) М.: "Спарк", 1997 - 363 с.
20. Бородин С. В., Полубинская С. В. Ограниченная вменяемость в проектах нового уголовного законодательства // Правовые вопросы судебной психиатрии, М. - 1990, с. 32-39
21. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., "Мысль", 1988, - 301 с.
22. Бронштейн И. Н., Семендяев К. А. Справочник по математике. М., "Наука", 1986, - 544 с.
23. Брюховецкий А. С. Типы и клинические варианты динамики психопатий в практике военной психиатрии. Автореф. ... канд. мед. наук, Л. – 1990. -23с.

24. Бэрон Р. Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер-паблишинг, 1997 - 336 с.
25. Вандыш В. В., Пархоменко И.М. Патоморфоз психических расстройств. // Российский психиатрический журнал, 1997, № 3, с. 11-17
26. Вандыш В. В., Бережной М.Р. Судебно-психиатрическая оценка пароксизмальных расстройств экзогенно-органического генеза.// Российский психиатрический журнал, 1998, № 2, С. 5-8
27. Вандыш В. В., Андреева Е. С. Некоторые клинические и организационные аспекты применения нормы "ограниченной вменяемости" в отношении лиц с органическим психическим расстройством // Российский психиатрический журнал, 1999, № 2, С. 4-7
28. Васильев В.Л. Юридическая психология. СПб.: «Питер Пресс», 1997. -650 с.
29. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. /под ред. А.М. Вейна // М.: «МИА», 1998 -752с.
30. Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии.// НПЖ, 1997, № 2, С. 11-15
31. Выготский Л.С. Психология. М.: «Питер», 2000, -489с.
32. Волков Г. Д. Клинические критерии невменяемости при психопатиях. Автореф. ... канд. мед. наук, М., 1968, 20с.
33. Врублевский А. Г. Клинический и социальные аспекты патоморфоза шизофрении в судебно-психиатрической клинике. Автореф. ... канд. мед. наук, М. - 1978, 19 с.
34. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: "ИМА", 1999, - 143 с.
35. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М.: "Триада-Х", 1999 - 266 с.

36. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А., Кудеринов Т.К. Материалы к патоморфозу психопатий. // В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, С. 10-15.
37. Гольденберг С.И. Истерический характер и шизофренический процесс. В кн.: Труды психиатрической клиники 1 ММИ и Ин-та невропсихиатр. Профилактики, М., т. II, вып. 6, С. 104-123.
38. Горинов В. В., Пережогин Л. О. Клинико-социальная характеристика испытуемых с расстройствами личности, к которым была применена ст. 22 УК РФ.// Российский психиатрический журнал, 1999, № 4 - С. 31-35.
39. Горшков И. В., Горинов В. В. Расстройства личности и агрессия. // Российский психиатрический журнал, № 5, 1998, С. 68-73
40. Горшков И. В. Внутрисемейные агрессивные противоправные действия психопатических личностей (судебно-психиатрический аспект). Автореф. ... канд. мед. наук, М., - 1998, -18с.
41. Гульдман В. В. Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях. // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М.: изд-во ЦНИИСП им. В. П. Сербского, 1983, - С. 55- 64
42. Гульдман В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей.// Криминальная мотивация. - М.: Наука, - 1986. - С. 189-250.
43. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов. Душанбе., 1984, 162с.
44. Гуревич М. О. Психиатрия. М.: Медгиз, 1949. - 502 с.
45. Гурьева В. А. Материалы к изучению патоморфоза истерии. В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, с. 10-15.
46. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Современное состояние учения о психопатиях.// Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1968, том 68, № 7, с. 1064-1080

47. Гурьева В. А. (ред.). Подростковая судебная психиатрия. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 364 с.
48. Гусинская Л. В. Клиника и судебно-психиатрическая оценка истерической психопатии. Автореф. ... канд. мед. наук, М.- 1979.
49. Давид Р., Жоффре-Спинози К. Основные правовые системы современности. М.: Международные отношения, 1996.
50. Данилов С.Ю. О клиническом патоморфозе истерических форм реактивных психозов.// В кн.: Психогенные (реактивные) заболевания. М., 1979, с. 42-45.
51. Дворина Н.Я. О патоморфозе инфекционных психозов.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1970, № 1, с 94 -97.
52. Демина М.В. Патоморфоз опийной наркомании (клинико-терапевтический аспект) Автореф. ... канд. мед. наук. М.,1999 - С.150.
53. Дианов Д. А. Формула невменяемости и практика ее применения в советский период развития судебной психиатрии. Автореф. ... канд. мед. наук. М.,1997- С.210.
54. Дмитриев А. С. Роль патоморфоза вялотекущей шизофрении в судебно-психиатрической практике.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С. 114-121.
55. Дмитриева Т. Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции). Автореф. ... докт. мед. наук, Л. - 1990. - 26с.
56. Дмитриева Т. Б. Патобиологические аспекты динамики психопатий. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 160 с.
57. Дмитриева Т. Б., Айдинян К.Р. Роль почвы в формировании эндоморфных признаков при психогенных состояниях.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С. 90 - 98.



58. Дмитриева Т. Б., Мохонько А.Р., Муганцева Л. А. О работе судебно-психиатрических экспертных комиссий РФ в 1999 году. //М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2000 - 100с.
59. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия (пособие для врачей) М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 136 с.
60. Доброгаева М.С. Патоморфоз исключительных состояний.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1985, С. 51-59.
61. Долгова А. И. Криминологические проблемы взаимодействия социальной среды и личности (на материалах исследования преступности несовершеннолетних и молодежи). Дисс. ... доктора юрид. наук, М. - 1980, 45С.
62. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965, 320 с.
63. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 4-е изд. М.: МГУ, 2000, 52с.
64. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки психологии аномального развития личности. М., МГУ, 1982, 78с.
65. Илейко В.Р. Симуляция психических расстройств психопатическими личностями в судебно-психиатрической клинике. Автореф. ... канд. мед. наук. М. - 1992.
66. Кабанов М. М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М. : «Медицина» 1993, 312с.
67. Кабанов М. М. Больной и среда в процессе реабилитации.// Вестник АМН СССР, 1997 № 1, С. 55-60
68. Казаковцев Б. А. Развитие психиатрической помощи в России. // Независимый психиатрический журнал, 1998, № 2, С. 9-12.
69. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: "Гэотар медицина", 1998 - 505 с.
70. Карлов В. А. Эпилепсия. М., "Медицина", 1990, - 336 с.
71. Квинн В. Прикладная психология. СПб.: «Питер Пресс», 1997. - 400 с.

72. Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий (1961) // Кербиков О. В. Избранные труды. М.: "Медицина", 1971, - С. 163-187
73. Кербиков О. В. Лекции по психиатрии. М.: Медгиз, 1955, - 240 с.
74. Ковалев В. В. Патоморфоз психических заболеваний.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1989, № 12, С. 51 -55.
75. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995 - 560 с.
76. Колотилин Г.Ф. Материалы к патоморфозу алкогольного делирия. Автореф. ... докт. мед. наук. М. - 1974, 40с.
77. Комментарий к Законодательству РФ в области психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой). М., "Спарк", 1997, - 363 с.
78. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическое значение патоморфоза психических заболеваний.//Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С.21-29.
79. Кондратьев Ф. В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости //Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). М.: РИЦ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. - С. 18-28
80. Коротенко А. И. Психопатия типа неустойчивых в судебно-психиатрической клинике. Автореф. ... канд. мед. наук. М. - 1972.- 18с.
81. Корсаков С. С. Курс психиатрии. 3-е (посмертное) издание, отредактированное Комиссией общества невропатологов и психиатров. Т. 1-2 М.: Изд-во Московского ун-та, 1913.
82. Кречмер Э. (1927). Строение тела и характер. М.: Педагогика-пресс, 1995. - 608 с.
83. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб. Изд-во журнала "Практическая медицина" В. С. Эттингера, 1909 - 430 с.

84. Крылова Н. Е., Серебренникова А. В. Уголовное право современных зарубежных стран. М.: Зерцало, 1997.- 192 с.
85. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство) М.: Изд-во МГУ, 1999 - 497 с.
86. Кудрявцев И.А. О причинах и некоторых патогенетических механизмах патоморфоза параноидных реактивных психозов. //Вопросы психиатрии. Волгоград. 1978, С.21-29.
87. Курсак В.А. Переходное общество: наследие, традиции, опыт (обзор диссертационного материала МГУ). М.: Российский юридический издательский дом, 1999.- 94с.
88. Лебедева М.О. Соматоформные расстройства ( типология и аспекты конституционального предрасположения). Автореф. ... канд. мед. наук. М. – 1992.-22с.
89. Левинсон А.Я. К учению о динамике психопатий.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1976, № 12, С.1843 –1847.
90. Лакошина Н.Д. , Костюнина М.А. , Кальке А.Р., Шашкова Н.Г. К патоморфозу истерического невроза.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1987, № 4, С.1684 –1688.
91. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, "Вища школа", 1981, - 390 с.
92. Литвиненко И.В. Особенности самосознания психопатических личностей. Автореф. ... канд. психолог. наук. М.,- 1989.- 150 с.
93. Лоренц К. Агрессия –М., 1994.-210 с.
94. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. –310 с.
95. Лукомская М. И. Паранойяльное развитие личности при различных формах психопатии. Клиника и судебно-психиатрическое значение. Автореф. ... канд. мед. наук. М.- 1980.-18с.
96. Лунц Д. Р. О судебно-психиатрическом значении психических аномалий, не исключающих вменяемости (по поводу статьи С. Ф. Семенова "К вопросу об ограниченной (уменьшенной)

- вменяемости"). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1967, том 67, № 4 - С. 605-608
97. Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М.: "Медицина", 1966 - 236 с.
98. Майерс Д. Социальная психология. . СПб.: «Питер Пресс», 1997. -688 с.
99. Маймулов В. Г., Лучкевич В. С., Румянцев А. П., Семенова В. В. Основы научно-литературной работы в медицине. СПб, изд-во СПб ГМА, 1996, - 128 с.
100. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М.: "Медицина", 1995. - 256 с.
101. Маслова Ю.П. Физические истерические симптомы в судебно-психиатрической практике. Автореф. ... канд. мед. наук. М.- 1961. - 18с.
102. Маслоу А. Г. (1954) Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999 - 478 с.
103. Международная классификация болезней 10 пересмотра. Класс 5. Психические расстройства и расстройства поведения. Адаптированный для использования в Российской Федерации. М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 360 с.
104. Михеев Р. И. Проблемы вменяемости, вины и уголовной ответственности (теория и практика). Дисс. ... доктора юрид. наук, М. - 1995. - 18с.
105. Морозов Г. В., Кудрявцев И.А. О патоморфозе реактивных психозов.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1979, № 9, С.1356- 1361.
106. Морозов Г. В., Белов В. П., Боброва И. Н., Гурьева В. А. и др. Судебная психиатрия (руководство для врачей). М., "Медицина", 1988, - 400 с.
107. Мохонько А. Р., Муганцева Л. А., Щукина Е. Я. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно-опасные деяния (по данным отчетов судебно-психиатрических

- экспертных комиссий Российской Федерации) // Российский психиатр. журнал, 1999, № 5 с. 16-19
108. Мосолов С.Н. К проблеме резистентности при фармакотерапии.// Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1997, №4 -С. 78- 83.
109. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., ЛГУ, 1996.-97с.
110. Наталевич Э.С., Посохова В.И., Ахмерова В.К. Роль возрастного фактора в патоморфозе психогенных депрессий. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С.129- 136.
111. Нечипоренко В. В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте с позиций динамического подхода. // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1991, № 1, С. 47-57
112. Обухов Г.С., Волынец С.И., Королева Е.В., Костейко Л.А. Патоморфоз реактивных состояний.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С. 56-61.
113. Обухов Г.С. Патоморфоз реактивных депрессий (клиника, прогноз).// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С.68- 77.
114. Овезов С. Катамнестическое исследование реактивных состояний. Автореф. ... канд. мед. наук. М.- 1982.- 22с.
115. Опря Н. А. Судебно-психиатрическая оценка различных форм динамики психопатий. Автореф. ... канд. мед. наук. М. – 1966. – 21с.
116. Осницкий А.В. Проблемы исследования субъектной активности. Журнал «Вопросы психологии», 1996, № 1 – С. 5-19.
117. Пархоменко И.М. Патоморфоз психических расстройств в судебно-психиатрической клинике.//Российский психиатрический журнал, 1999, № 4, С. 63-66.

118. Пелипас В.Е. К вопросу о трансформации психопатий. – В кн.: Тезисы докладов III всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М., 1974, т.2, с.331-333.
119. Пелипас В.Е. Симуляция психических расстройств и ее распознавание при судебно-психиатрической экспертизе. Методические указания. М., 1983, 26с.
120. Пелипас В.Е., Шостакович Б.В. Реактивные состояния у психопатических личностей различных клинических групп. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1985, №11 -С. 1695- 1771.
121. Пережогин Л.О., Горинов В.В. клинико-социальная характеристика испытуемых с расстройствами личности, к которым была применена ст.22 УК РФ. // Российский психиатрический журнал, 1999, № 4, С.31-35.
122. Пережогин Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст.22 УК РФ. Автореф. ... канд. мед. наук. М. – 2001.-24с.
123. Пережогин Л. О. Клинические критерии применения ст. 22 УК РФ при судебно-психиатрической оценке расстройств личности // Российский психиатрический журнал, № 3 – 2000, - С. 37-42
124. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. М.: НЦПЗ РАМН, 1996, - 136 с.
125. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., В.В. Гульдман К вопросу мотивации противоправных поступков у психопатических личностей.//Судебно-психиатрическая экспертиза, (сб. №31), - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С. 59-67.
126. Поляков И. В., Соколова Н. С. Практическое пособие по медицинской статистике. Л.: Медицина, 1975. - 152 с.
127. Пономарев Г. Н. Психофизический инфантилизм при истерической психопатии (клинико-психологический и судебно-психиатрический аспекты) Автореф. ... канд. мед. наук, М., - 1984 . - 18с.

128. Попов Ю. В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1991, № 2, С. 5-14
129. Прикладная статистика. Правила проверки согласия опытного распределения с теоретическим. ГОСТ 11.006-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1975, - 24 с.
130. Прикладная статистика. Правила определения оценок и доверительных границ для параметров нормального распределения. ГОСТ 11.004-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1974, - 20 с.
131. Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. Под ред. Фейнберг Ц. М. М.: ОГИЗ "Советское законодательство", 1934 - 178 с.
132. Рапопорт Я. Л. К проблеме патоморфоза. Архив патологии, 1962, № 2, С.3-11.
133. Раш В., Конрад Н. Судебная психиатрия и так называемые "психопаты".// Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). Под ред. Б. В. Шостаковича - М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1996 - С. 81- 134.
134. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб.: Питер Ком, 1999 - 416 с.
135. Ревенко М. Г. К вопросу о психопатических реакциях в судебно-психиатрической практике. Автореф. ... канд. мед. наук, М. - 1967. - 18с.
136. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994 - 320 с.
137. Романов В.В. Юридическая психология. Москва. «Юрист»1998.-324с.
138. Ромасенко Л.В.О патоморфозе истерических состояний.// Социокультуральные проблемы современной психиатрии. М., 1994. С.101.
139. Ромасенко Л.В. Патоморфоз истерии. Автореф. ... докт. мед. наук, М. -1993.-31с.

140. Ромасенко Л.В., Юров В.В., Грушков А.В. Истерические расстройства у больных в общесоматической практике. // Организационные и клинические вопросы пограничной психиатрии (сборник научных трудов). Под ред. Ю.А. Александровского- М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1990 - С. 74 - 79.
141. Российский статистический ежегодник. М., Госкомстат РФ, 1998, - 813 с.
142. Российский статистический ежегодник. М., Госкомстат РФ, 2000, - 1009 с.
143. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, переиздание: СПб, "Питер Ком", 1999, - 720 с.
144. Савина О.Ф. Особенности структуры и процесса самосознания психопатических личностей истерического и возбудимого круга. Автореф. ... канд. психол. наук. М.- 1992. -22с.
145. Сайгадак Д.И., Тетеркина Т.И., Фролов Г.И. Тест ММРІ. Минск, «Киреев»,2001, -30 с.
146. Сафуанов Ф. С. Эмоционально-смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей возбудимого и истерического круга. Автореф. ... канд. психол. наук. М. - 1986. – 24 с.
147. Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе (научно-практическое пособие). М.: "Гардарика", 1998 - 192 с.
148. Семенов С. Ф. К вопросу об ограниченной (уменьшенной) вменяемости.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1966, том 66, № 8 - С. 1268-1272
149. Семке В. Я. Истерические состояния. М., "Медицина", 1988, - 224 с.
150. Семке В.Я.. Нохрина Л.Я. Клинический и терапевтический аспекты патоморфоза истерии.// Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, С.32-45.



151. Семке В.Я., Федерико И.Ф. Типология истерической психопатии. В кн.: Тезисы докладов XII всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М., 1995, т.2, С.220-221.
152. Сергеев И.И. Психопатология и динамика психогенных истерических расстройств в пресениуме и старости. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1977, №12 -С. 1853-1857.
153. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. М., 1971.-43с.
154. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. М., Институт прикладной психологии, 1998.- 511с.
155. Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М.: "Норма", 1998. - 285 с.
156. Случевский Ф. И. Некоторые актуальные вопросы судебной психиатрии // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1991. № 2 с. 89-98
157. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии). // Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова). М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 558-606
158. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983, Т. 1-2.
159. Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия. Пособие для врачей (под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича). М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 136 с.
160. Судебная психиатрия / учебник под ред. Б. В. Шостаковича - М.: Зерцало, 1997 - С. 35
161. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974 - 320 с.
162. Сырейщиков В.В. О клиническом патоморфозе алкогольных психозов поданным эпидемиологического исследования.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1981, № 1, С.78-83.

163. Трофимов Б.А. Патоморфоз психических расстройств при соматических заболеваниях. Автореф. ... докт. мед. наук, Свердловск. -1980.-23с.
164. Уголовный кодекс РФ. М. - 1997. -413с.
165. Фейнберг Ц. М. Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. М., ОГИЗ "Советское законодательство", 1934, - 178 с.
166. Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М.: "Медицина", 1968. - 252 с.
167. Фелинская Н.И. О патоморфозе классических форм психопатий. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1979, №11 - С. 1544- 1549.
168. Фрейеров О.Е. К вопросу о классификации психопатий. // Журнал Судебно-медицинская экспертиза, 1969, № 4 - С. 4 -11.
169. Фильц А.О. Истерическая психопатия. Типологические аспекты. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1988, № 3 -С. 131- 137.
170. Харитонов Н.К., Гусакова З.С. О психогенных депрессиях невротического уровня в судебно-психиатрической практике.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С. 83- 90.
171. Хохлов Л.К., Воробьев М.И., Савельева Л.Н. Социокультуральные факторы и патоморфоз психических заболеваний.// Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1972, №12 -С.1841 -1847.
172. Хохлов Л.К. Патоморфоз психических заболеваний. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1977, №1 -С. 67- 72.
173. Хромов Н.А. К анализу патогенетических механизмов истерии.//Проблемы судебной психиатрии, М., 1977, вып.19, с.157- 158.
174. Хьелл Л., Зиглер. Д. Теории личности. СПб.: «Питер Пресс», 1997. -650 с.

175. Чижов В.М. Судебно-психиатрический аспект в динамики психопатий в позднем возрасте. Автореф. ... канд. мед. наук, М. – 1974.-22с.
176. Шейдер Р. Психиатрия. М.: Практика, 1998 - 485 с.
177. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев, "Сфера", 1999, - 236 с.
178. Шостакович Б.В., Свириновский Я.Е. Проблемы патоморфоза психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. /сб. научных трудов/ – М., РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1985. - С.3-14.
179. Шостакович Б. В. Психопатии. Судебно-психиатрическая оценка // Судебная психиатрия: руководство для врачей. Под ред. Г. В. Морозова. М.: "Медицина", 1988, - 400 с.
180. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий. Автореф. ... докт. мед. наук. М. – 1971.- 34с.
181. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрическое значение некоторых вариантов динамики психопатий возбудимого типа. Автореф. ... канд. мед. наук, М. – 1963.-22с.
182. Шостакович Б. В. Теоретические основы судебно-психиатрического диагноза. // Судебно-медицинская экспертиза, М. РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1987, № 2, - С.38-41
183. Шостакович Б. В., Горинов В. В. Ограниченная вменяемость в судебно-психиатрической клинике. // Ограниченная вменяемость /сб. научных трудов/ под ред. Б. В. Шостаковича. М.: РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1996, С. 11-18
184. Шилина З.М. Синдром фантазирования у при формирующейся истерической психопатии. – В кн.: Тезисы докладов VIII всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М., 1988, т.3, с.87-95.
185. Шубина Н.К. К вопросу о состояниях компенсации и декомпенсации у психопатических личностей по материалам

- длительных анамнезов. // Судебно-медицинская экспертиза, М.: РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1992, - С.128-131.
186. Юнг К. Г. (1932) О становлении личности. // Конфликты детской души. М.: Канон, 1995 - С. 185-208.
187. Якубик А. Истерия. Методология, теория, психопатология. М., - 1982.-156с.
188. Ясперс К. Общая психопатология - М.: Практика, 1997. - 1056 с.
189. Bartholomew R. E. Epidemic hysteria: a review of the published.// Am. J. Epidemiol. - 2000.- Jan; Vol. 135, № 1, pp. 51- 54.
190. Bartholomew R., Wesley S. Epidemic Hysteria in Virginia.// South Med. J. 1999 Aug; Vol. 92, № 8, pp. 762 - 769.
191. Blashfield R., Sprock J., Pinkston K., Hodgins J. Exemplar prototypes of personality disorder diagnosis // Comprehensive psychiatry, Vol. 26, pp. 11-21
192. Brooner R., Schmidt C. W., Felch L. J., Bigelow G. E. Antisocial behavior of IV drug abusers: implication for diagnosis of antisocial personality disorder // Am. J. of psychiatry, 1992, Vol. 149 № 4, pp. 482-487
193. Britton R. Getting in on the act: the hysterical solution.// Int. J. Psychoanal., 1999, Feb; Vol.80 (Pt 1), pp. 1-14.
194. Boeri R; Caraceni T Patomorfosi dell'isteria da variazione dell'ambiente socio-culturale.// Riv. Sper. Freniatr. Med Leg Alien Ment. 1969, Jun 30; vol. 93, N 3, pp.601-609
195. Canevaro A. L'influence de l'environnement sur la modification des malades mentales/ Evolution Psychiatr., 1967, vol.32, N 3, pp.639-653.
196. Cawthra R., Gibb R. Severe personality disorder - whose responsibility? // British J. of psychiatry, 1998, Vol. 173, № 7, p. 8-10
197. Clarkin J. F., Widiger T. A., Frances A., Hurt S. W. Prototypic typology and the borderline personality. // J. of Abnormal psychology, Vol. 90 № 6, pp. 575-585

198. Cloninger R. C. Criminality and personality disorder.// British Journal of Psychiatry, 1985, Vol 217. pp. 23-32
199. Deniker P. Mutations modernes des formes psychopathologiques.// VI Congress Mondial de Psychiatrie. Honolulu, 1977, pp. 5-11.
200. Doerr W. Uber Pathomorphose.// Arch. Wsch., 1956, N 11, S.121-126.
201. Dolan B., Coid J. Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues. London: Gaskell, 1993 - 253 p.
202. Esterson A. Getting in on the hysterical solution.// Int. J Psychoanal. 1999 Feb; 80 (Pt 1), pp.1-13.
203. Fernandes A. Fundamentos de ia psiquatria actual. Madrid, 1968, pp.56-63.
204. Figarette H. Criminal insanity // Psychiatry & ethnics, NY.: Prometheus Press, 1992. - pp. 499-517.
205. Fingarette H., Hasse A. Mental disabilities and criminal responsibility - Bercley: University of California press, 1979, pp.54-55.
206. Foote B. Dissociative identity disorder pseudohysteria. // American J. Psychotherapy, 1999, Summer; Vol. 53, № 3, pp.320-343.
207. Forrest A.D. Antisocial personality and psychiatry.// Brit. Medicine Journal, Jun, N 3; Vol. 320 (7248), pp. 1488-90
208. Friedland M. L. The case of valentine shortis yesterday and today // Canadian J. of psychiatry, 1991, Vol. 36 № 3, pp. 159-166
209. Gacono C. B., Meloy J. R. The Rorschach and DSM-III-R antisocial personality // J. of clinical psychology, 1992, Vol. 48, № 3, pp. 393-406
210. Halligan P.W., Bass C., Wade D. T. New approaches to conversion hysteria.// Brit. Med. J 2000, Jun, N 3; Vol. 320 (7248), pp. 1488-90.
211. Halligan P.W., Autwal B. S., Oakley D. A., Frackowiak R. S. Imaging Hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria.// Lancet, 2000, Mar., Vol 355(9208), №18, pp.986-87.
212. Harris G. T. Rice M. E., Quinsey V. L. Psychopathy as a taxon: evidence that psychopaths are a discrete class // Journ. of consult. and clin. Psychology, 1994, Vol. 62 № 2, pp. 387-397

213. Harry B. Criminals' explanation of their criminal behavior: a possible role for psychopathy // Journal of forensic science, 1992, Vol 37, № 2, pp. 1334-1340
214. Hellpach W. Pathomorfozen.// Med. Welt. , 1929, N3, S. 478-479.
215. Holmes C. A. Psychopathic disorder: a category mistake? // Journal of medical ethics, 1991, Vol. 17, № 2 - pp. 77-85
216. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie. Heidelberg, 1913, rep. Berlin, Springer-Verlag, 1973
217. Kalliopuska M. Hostility of asocial youth as measured by TAT and Rorschach // Perceptual & Motor Skills, 1992, Vol. 74 № 2, pp. 563-566
218. Laplane D., Bonduelle M. Le debat sur l'hysterie. Rev Neurolog Paris 1999 Oct; 155(10):815-21.
219. Lamparski D. M., Roy A., Nutt D.J., Linnoila M. The criteria of Cloninger et al. and Von Knorring et al. for subgrouping alcoholics: a comparison in a clinical population // Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991, Vol. 84 № 6, pp. 497-502
220. Livesley W. J. Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders // J. of personality disorders, 1987, № I, pp. 88-95
221. Mackay I. Psychopathic disorder: a category mistake? A legal response to Colin Holmes. // Journal of medical ethics, 1991, Vol. 17 № 2 - pp. 86-88
222. Marttunen M. J., Aro H. M., Henriksson M. M., Lonnqvist J. K. Antisocial behaviour in adolescent suicide // Acta psychiatrica scandinavica 1994, Vol 89, № 3, pp. 167-173
223. McCord W. The psychopath and milieu therapy: a longitudinal study. NY: Academic Press, 1982. -134 p.
224. McDonald D. A., Nussbaum D. S., Bagby R. M. Reliability, validity and utility of the FIT // Can. J. of psychiatry, 1991, Vol. 36 № 7, pp. 480-484
225. McMillen D. L., Pang M. G., Wells-Parker E., Anderson B. G. Behavior and personality traits among dui arrestees, nonarrested

- impaired drivers, and nonimpaired drivers // International journal of addictions, 1991, Vol. 26, № 2, pp. 227-235
226. Mellor C. S. First rank symptoms of schizophrenia. // British Journal of Psychiatry, 1970, Vol 117, pp. 15-23
227. North C. S., Smith E. M., Spitznagel E. L. Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? // Am. J. of psychiatry, 1993, Vol. 150 № 4, pp. 578-583
228. O'Neal P., Robins L., King L., Schaefer J. Parenteral deviance and the genesis of sociopathic personality// Am. Journal of psychiatry, 1962, Vol. 118, № 12, p. 1114-1124
229. Palermo G. B., Liska F. J., Palermo M. T., Dal Forno G. On the predictability of violent behavior: considerations and guidelines // Journal of forensic science, 1991, Vol 36, № 5, pp. 1435-1444
230. Perez S., Junod A., Pilard M. Culture-Bound Syndromes: pertinence d'une categorie diagnostique.// Med Trop (Marseille) 2000. Vol.60, N 1, pp.75-82
231. Rasch W. Die Zuordnung der psychologischen Diagnosen zu den vier psychischen Merkmalen der articles 20, 21 StGB // Psychiatrie Prax. 1983 Vol. 10 № 5 pp. 170-176
232. Reed J. Psychopathy - a clinical and legal dilemma // British J. of psychiatry, 1996, Vol. 168, № 1, pp. 4-9
233. Reise S. P., Oliver C. J. Development of a California Q-SET indicator of primary psychopathy // J. of personality assessment, 1994, Vol. 62, № 1, pp. 130-144
234. Ross T. A. The common neuroses. London, Edward Arnold, 1987, - p. 234
235. Sass H., Herpertz S., Houben I. Personality disorders: conceptual issues and responsibility // Jap. Journal of psychiatry and neurology, 1994, Vol. 48. Suppl. 1. pp. 5-17
236. Simonian S. J., Tarnovski K. J., Gibbs J. C. Social skills and antisocial conduct of delinquents // Child psychiatry & human development, 1991, Vol. 22 № 1, pp. 17-27

237. Sivic T., Delimar N., Schoenfield R. Construct Validity of the sivic Psychosomaticism test and test of operational style: Correlations with four Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) scales.// Integrative Physiol. Behavior, Science, Sweden, 1999; Apr -Jun; Vol. 34, № 2, pp.79-84.
238. Small G.W., Propper M. W., Randolph E. T. Mass hysteria among students// Am. Journal of psychiatry, 2000, Vol. 168, Sep., pp. 1114-1124 .
239. Smith R. The psychopath in society. NY, Academic press, 1999. - 544p.
240. Spitzer C., Spelberg B., Grabe H.J., Munolt B. Freyberger H. J. Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. // J. Psychosom. Res., 1999, Mar; Vol. 46(3), pp. 291-294.
241. Sourcebook of criminal justice statistics. Washington: Bureau of statistics, 1999 - 403 p.
242. Sutker P. B. Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts // Progress in experimental personality and psychopathology research, 1994. - pp. 73-120
243. Svrakic D. M., McCallum K. Antisocial behavior and personality disorders // American J. of psychotherapy, 1991, Vol. 45 № 2, pp. 181-197
244. Swanson M. C., Bland R. C., Newman S. C. Epidemiology of psychiatric disorders: antisocial personality disorders // Acta psychiatrica scandinavica, 1994, Suppl. 376, pp. 63-70
245. Togel C. Bad diagnostic error hysteria.// Int. J. Psychoanal. 1999, Feb; Vol.80 (Pt 6), pp.1165-1173.
246. Walker N., McCabe S. Crime and insanity in England. Vol. 1-2, Edinburgh, University press, 1973 - pp. 54-78.
247. Wetzel R.D., Brim J., Guze S.B., Cloninger C.R., Martin R. L. MMPI screening scales for somatization disorder. // Clayton PJ. Psychol. Report 1999, Aug; Vol.85 (1), pp.341-450.



248. Wierzbicki M., Howard B. J. The differential responding of male prisoners to subtle and obvious MMPI subscales // J. of personality assessment, 1992, Vol. 58 № 1, pp. 15-126

## Литература.

---

249. Абабков В.А. О патоморфозе истерического невроза.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1992, № 5 -12, С. 93 -97.
250. Авруцкий Г.Я. Некоторые характеристики лекарственного патоморфоза на двух этапах развития психофармакологии.//Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1974, № 9, с. 1376 -1381.
251. Авруцкий Г.Я. Изменения в клинике и течении психозов в итоге массовой психофармакотерапии.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1979, № 9, С. 1387 -1391.
252. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: "Медицина", 1993 - 400 с.
253. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С. Клинический патоморфоз неврозов. // Орг. и клин. вопросы погран. психиатрии (сборник научных трудов). Под ред. Ю.А. Александровского- М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1990 - С. 100 - 106.
254. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. Психология Отечества. М., 1996 -235с.
255. Андреева Е. С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ. Автореф. ... канд. мед. наук., М. - 2000.-22с.
256. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступное поведение и психические аномалии. М.: "Спарк", 1998 - 215 с.
257. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии. М., 1987, С. 124-157
258. Аргунова Ю. Н. Преступность ограниченно вменяемых лиц // Независимый психиатрический журнал, 1998, № 1 - С. 56-59.
259. Арсенюк Т.М. Патоморфоз истерических реактивных состояний. Автореф. ... канд. мед. наук, М. -1984.-23с.
260. Баркан Д.В. О патоморфозе клинической картины маниакально-депрессивного психоза под влиянием

- антидепрессантов и нейролептиков. В кн.: Фармакологические основы антидепрессивного эффекта. Л. 1970, С. 163 – 165.
261. Баркан Д.В. К вопросу о патоморфозе шизофрении. Автореф. ... канд. мед. наук, Л. – 1975, -25с.
262. Белов В.П., Казаковцев Б.Н. Варианты динамики эпилепсии с транзиторными и хроническими психотическими расстройствами.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С.36-43.
263. Березин Ф.Б, Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности: структура, основы, интерпретации, некоторые области применения. М.: «Фолиум»,1994.- 175с.
264. Блюменау В. Об истерии. М., МГУ. 1926, - 89с.
265. Боброва И.Н., Печерникова Т.П., Герасимова С.М., Метелица Ю.Л. Патоморфоз психических заболеваний и особенности экспертных заключений. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, с. 29- 36.
266. Болдырев А.И., Поздняков В.С. Патоморфоз хронических эпилептических психозов. – Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1989, № 6, с 50 -53.
267. Бородин С. В., Котов В. П. Комментарий к ст. 22 УК РФ // Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой) М.: "Спарк", 1997 - 363 с.
268. Бородин С. В., Полубинская С. В. Ограниченная вменяемость в проектах нового уголовного законодательства // Правовые вопросы судебной психиатрии, М. - 1990, с. 32-39
269. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., "Мысль", 1988, - 301 с.
270. Бронштейн И. Н., Семендяев К. А. Справочник по математике. М., "Наука", 1986, - 544 с.
271. Брюховецкий А. С. Типы и клинические варианты динамики психопатий в практике военной психиатрии. Автореф. ... канд. мед. наук, Л. – 1990. -23с.

272. Бэрон Р. Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер-паблишинг, 1997 - 336 с.
273. Вандыш В. В., Пархоменко И.М. Патоморфоз психических расстройств. // Российский психиатрический журнал, 1997, № 3, с. 11-17
274. Вандыш В. В., Бережной М.Р. Судебно-психиатрическая оценка пароксизмальных расстройств экзогенно-органического генеза.// Российский психиатрический журнал, 1998, № 2, С. 5-8
275. Вандыш В. В., Андреева Е. С. Некоторые клинические и организационные аспекты применения нормы "ограниченной вменяемости" в отношении лиц с органическим психическим расстройством // Российский психиатрический журнал, 1999, № 2, С. 4-7
276. Васильев В.Л. Юридическая психология. СПб.: «Питер Пресс», 1997. -650 с.
277. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. /под ред. А.М. Вейна // М.: «МИА», 1998 -752с.
278. Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии.// НПЖ, 1997, № 2, С. 11-15
279. Выготский Л.С. Психология. М.: «Питер», 2000, -489с.
280. Волков Г. Д. Клинические критерии невменяемости при психопатиях. Автореф. ... канд. мед. наук, М., 1968, 20с.
281. Врублевский А. Г. Клинический и социальные аспекты патоморфоза шизофрении в судебно-психиатрической клинике. Автореф. ... канд. мед. наук, М. - 1978, 19 с.
282. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: "ИМА", 1999, - 143 с.
283. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М.: "Триада-Х", 1999 - 266 с.

284. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А., Кудеринов Т.К. Материалы к патоморфозу психопатий. // В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, С. 10-15.
285. Гольденберг С.И. Истерический характер и шизофренический процесс. В кн.: Труды психиатрической клиники 1 ММИ и Ин-та невропсихиатр. Профилактики, М., т. II, вып. 6, С. 104-123.
286. Горинов В. В., Пережогин Л. О. Клинико-социальная характеристика испытуемых с расстройствами личности, к которым была применена ст. 22 УК РФ.// Российский психиатрический журнал, 1999, № 4 - С. 31-35.
287. Горшков И. В., Горинов В. В. Расстройства личности и агрессия. // Российский психиатрический журнал, № 5, 1998, С. 68-73
288. Горшков И. В. Внутрисемейные агрессивные противоправные действия психопатических личностей (судебно-психиатрический аспект). Автореф. ... канд. мед. наук, М., - 1998, -18с.
289. Гульдман В. В. Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях. // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М.: изд-во ЦНИИСП им. В. П. Сербского, 1983, - С. 55- 64
290. Гульдман В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей.// Криминальная мотивация. - М.: Наука, - 1986. - С. 189-250.
291. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов. Душанбе., 1984, 162с.
292. Гуревич М. О. Психиатрия. М.: Медгиз, 1949. - 502 с.
293. Гурьева В. А. Материалы к изучению патоморфоза истерии. В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, с. 10-15.
294. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Современное состояние учения о психопатиях.// Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1968, том 68, № 7, с. 1064-1080

295. Гурьева В. А. (ред.). Подростковая судебная психиатрия. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 364 с.
296. Гусинская Л. В. Клиника и судебно-психиатрическая оценка истерической психопатии. Автореф. ... канд. мед. наук, М.- 1979.
297. Давид Р., Жоффре-Спинози К. Основные правовые системы современности. М.: Международные отношения, 1996.
298. Данилов С.Ю. О клиническом патоморфозе истерических форм реактивных психозов.// В кн.: Психогенные (реактивные) заболевания. М., 1979, с. 42-45.
299. Дворина Н.Я. О патоморфозе инфекционных психозов.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1970, № 1, с 94 -97.
300. Демина М.В. Патоморфоз опийной наркомании (клинико-терапевтический аспект) Автореф. ... канд. мед. наук. М.,1999 - С.150.
301. Дианов Д. А. Формула невменяемости и практика ее применения в советский период развития судебной психиатрии. Автореф. ... канд. мед. наук. М.,1997- С.210.
302. Дмитриев А. С. Роль патоморфоза вялотекущей шизофрении в судебно-психиатрической практике.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С. 114-121.
303. Дмитриева Т. Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции). Автореф. ... докт. мед. наук, Л. - 1990. - 26с.
304. Дмитриева Т. Б. Патобиологические аспекты динамики психопатий. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 160 с.
305. Дмитриева Т. Б., Айдинян К.Р. Роль почвы в формировании эндоморфных признаков при психогенных состояниях.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С. 90 - 98.

306. Дмитриева Т. Б., Мохонько А.Р., Муганцева Л. А. О работе судебно-психиатрических экспертных комиссий РФ в 1999 году. //М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2000 - 100с.
307. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия (пособие для врачей) М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998 - 136 с.
308. Доброгаева М.С. Патоморфоз исключительных состояний.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1985, С. 51-59.
309. Долгова А. И. Криминологические проблемы взаимодействия социальной среды и личности (на материалах исследования преступности несовершеннолетних и молодежи). Дисс. ... доктора юрид. наук, М. - 1980, 45С.
310. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965, 320 с.
311. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 4-е изд. М.: МГУ, 2000, 52с.
312. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки психологии аномального развития личности. М., МГУ, 1982, 78с.
313. Илейко В.Р. Симуляция психических расстройств психопатическими личностями в судебно-психиатрической клинике. Автореф. ... канд. мед. наук. М. - 1992.
314. Кабанов М. М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М. : «Медицина» 1993, 312с.
315. Кабанов М. М. Больной и среда в процессе реабилитации.// Вестник АМН СССР, 1997 № 1, С. 55-60
316. Казаковцев Б. А. Развитие психиатрической помощи в России. // Независимый психиатрический журнал, 1998, № 2, С. 9-12.
317. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: "Гэотар медицина", 1998 - 505 с.
318. Карлов В. А. Эпилепсия. М., "Медицина", 1990, - 336 с.
319. Квинн В. Прикладная психология. СПб.: «Питер Пресс», 1997. - 400 с.

320. Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий (1961) // Кербиков О. В. Избранные труды. М.: "Медицина", 1971, - С. 163-187
321. Кербиков О. В. Лекции по психиатрии. М.: Медгиз, 1955, - 240 с.
322. Ковалев В. В. Патоморфоз психических заболеваний.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1989, № 12, С. 51 -55.
323. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995 - 560 с.
324. Колотилин Г.Ф. Материалы к патоморфозу алкогольного делирия. Автореф. ... докт. мед. наук. М. - 1974, 40с.
325. Комментарий к Законодательству РФ в области психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой). М., "Спарк", 1997, - 363 с.
326. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическое значение патоморфоза психических заболеваний.//Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С.21-29.
327. Кондратьев Ф. В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости //Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). М.: РИЦ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. - С. 18-28
328. Коротенко А. И. Психопатия типа неустойчивых в судебно-психиатрической клинике. Автореф. ... канд. мед. наук. М. - 1972.- 18с.
329. Корсаков С. С. Курс психиатрии. 3-е (посмертное) издание, отредактированное Комиссией общества невропатологов и психиатров. Т. 1-2 М.: Изд-во Московского ун-та, 1913.
330. Кречмер Э. (1927). Строение тела и характер. М.: Педагогика-пресс, 1995. - 608 с.
331. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб. Изд-во журнала "Практическая медицина" В. С. Эттингера, 1909 - 430 с.



332. Крылова Н. Е., Серебренникова А. В. Уголовное право современных зарубежных стран. М.: Зерцало, 1997.- 192 с.
333. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство) М.: Изд-во МГУ, 1999 - 497 с.
334. Кудрявцев И.А. О причинах и некоторых патогенетических механизмах патоморфоза параноидных реактивных психозов. //Вопросы психиатрии. Волгоград. 1978, С.21-29.
335. Курсак В.А. Переходное общество: наследие, традиции, опыт (обзор диссертационного материала МГУ). М.: Российский юридический издательский дом, 1999.- 94с.
336. Лебедева М.О. Соматоформные расстройства ( типология и аспекты конституционального предрасположения). Автореф. ... канд. мед. наук. М. - 1992.-22с.
337. Левинсон А.Я. К учению о динамике психопатий.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1976, № 12, С.1843 -1847.
338. Лакошина Н.Д. , Костюнина М.А. , Кальке А.Р., Шашкова Н.Г. К патоморфозу истерического невроза.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1987, № 4, С.1684 -1688.
339. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, "Вища школа", 1981, - 390 с.
340. Литвиненко И.В. Особенности самосознания психопатических личностей. Автореф. ... канд. психолог. наук. М.,- 1989.- 150 с.
341. Лоренц К. Агрессия -М., 1994.-210 с.
342. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. -310 с.
343. Лукомская М. И. Паранойяльное развитие личности при различных формах психопатии. Клиника и судебно-психиатрическое значение. Автореф. ... канд. мед. наук. М.- 1980.-18с.
344. Лунц Д. Р. О судебно-психиатрическом значении психических аномалий, не исключающих вменяемости (по поводу статьи С. Ф. Семенова "К вопросу об ограниченной (уменьшенной)

- вменяемости"). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1967, том 67, № 4 - С. 605-608
345. Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М.: "Медицина", 1966 - 236 с.
346. Майерс Д. Социальная психология. . СПб.: «Питер Пресс», 1997. -688 с.
347. Маймулов В. Г., Лучкевич В. С., Румянцев А. П., Семенова В. В. Основы научно-литературной работы в медицине. СПб, изд-во СПб ГМА, 1996, - 128 с.
348. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М.: "Медицина", 1995. - 256 с.
349. Маслова Ю.П. Физические истерические симптомы в судебно-психиатрической практике. Автореф. ... канд. мед. наук. М.- 1961. - 18с.
350. Маслоу А. Г. (1954) Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999 - 478 с.
351. Международная классификация болезней 10 пересмотра. Класс 5. Психические расстройства и расстройства поведения. Адаптированный для использования в Российской федерации. М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 360 с.
352. Михеев Р. И. Проблемы вменяемости, вины и уголовной ответственности (теория и практика). Дисс. ... доктора юрид. наук, М. - 1995. - 18с.
353. Морозов Г. В., Кудрявцев И.А. О патоморфозе реактивных психозов.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1979, № 9, С.1356- 1361.
354. Морозов Г. В., Белов В. П., Боброва И. Н., Гурьева В. А. и др. Судебная психиатрия (руководство для врачей). М., "Медицина", 1988, - 400 с.
355. Мохонько А. Р., Муганцева Л. А., Щукина Е. Я. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших общественно-опасные деяния (по данным отчетов судебно-психиатрических

- экспертных комиссий Российской Федерации) // Российский психиатр. журнал, 1999, № 5 с. 16-19
356. Мосолов С.Н. К проблеме резистентности при фармакотерапии.// Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1997, №4 -С. 78- 83.
357. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., ЛГУ, 1996.-97с.
358. Наталевич Э.С.. Посохова В.И., Ахмерова В.К. Роль возрастного фактора в патоморфозе психогенных депрессий. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С.129- 136.
359. Нечипоренко В. В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте с позиций динамического подхода. // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1991, № 1, С. 47-57
360. Обухов Г.С., Волынец С.И., Королева Е.В., Костейко Л.А. Патоморфоз реактивных состояний.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С. 56-61.
361. Обухов Г.С. Патоморфоз реактивных депрессий (клиника, прогноз).// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С.68- 77.
362. Овезов С. Катамнестическое исследование реактивных состояний. Автореф. ... канд. мед. наук. М.- 1982.- 22с.
363. Опря Н. А. Судебно-психиатрическая оценка различных форм динамики психопатий. Автореф. ... канд. мед. наук. М. – 1966. – 21с.
364. Осницкий А.В. Проблемы исследования субъектной активности. Журнал «Вопросы психологии», 1996, № 1 – С. 5-19.
365. Пархоменко И.М. Патоморфоз психических расстройств в судебно-психиатрической клинике.//Российский психиатрический журнал, 1999, № 4, С. 63-66.

366. Пелипас В.Е. К вопросу о трансформации психопатий. – В кн.: Тезисы докладов III всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М., 1974, т.2, с.331-333.
367. Пелипас В.Е. Симуляция психических расстройств и ее распознавание при судебно-психиатрической экспертизе. Методические указания. М., 1983, 26с.
368. Пелипас В.Е., Шостакович Б.В. Реактивные состояния у психопатических личностей различных клинических групп. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1985, №11 -С. 1695- 1771.
369. Пережогин Л.О., Горинов В.В. клинико-социальная характеристика испытуемых с расстройствами личности, к которым была применена ст.22 УК РФ. // Российский психиатрический журнал, 1999, № 4, С.31-35.
370. Пережогин Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст.22 УК РФ. Автореф. ... канд. мед. наук. М. – 2001.-24с.
371. Пережогин Л. О. Клинические критерии применения ст. 22 УК РФ при судебно-психиатрической оценке расстройств личности // Российский психиатрический журнал, № 3 – 2000, - С. 37-42
372. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. М.: НЦПЗ РАМН, 1996, - 136 с.
373. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., В.В. Гульдман К вопросу мотивации противоправных поступков у психопатических личностей.//Судебно-психиатрическая экспертиза, (сб. №31), - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского - 1985, С. 59-67.
374. Поляков И. В., Соколова Н. С. Практическое пособие по медицинской статистике. Л.: Медицина, 1975. - 152 с.
375. Пономарев Г. Н. Психофизический инфантилизм при истерической психопатии (клинико-психологический и судебно-психиатрический аспекты) Автореф. ... канд. мед. наук, М., - 1984 . - 18с.

376. Попов Ю. В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1991, № 2, С. 5-14
377. Прикладная статистика. Правила проверки согласия опытного распределения с теоретическим. ГОСТ 11.006-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1975, - 24 с.
378. Прикладная статистика. Правила определения оценок и доверительных границ для параметров нормального распределения. ГОСТ 11.004-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1974, - 20 с.
379. Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. Под ред. Фейнберг Ц. М. М.: ОГИЗ "Советское законодательство", 1934 - 178 с.
380. Рапопорт Я. Л. К проблеме патоморфоза. Архив патологии, 1962, № 2, С.3-11.
381. Раш В., Конрад Н. Судебная психиатрия и так называемые "психопаты".// Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). Под ред. Б. В. Шостаковича - М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1996 - С. 81- 134.
382. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб.: Питер Ком, 1999 - 416 с.
383. Ревенко М. Г. К вопросу о психопатических реакциях в судебно-психиатрической практике. Автореф. ... канд. мед. наук, М. - 1967. - 18с.
384. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994 - 320 с.
385. Романов В.В. Юридическая психология. Москва. «Юрист»1998.-324с.
386. Ромасенко Л.В.О патоморфозе истерических состояний.// Социокультуральные проблемы современной психиатрии. М., 1994. С.101.
387. Ромасенко Л.В. Патоморфоз истерии. Автореф. ... докт. мед. наук, М. -1993.-31с.

388. Ромасенко Л.В., Юров В.В., Грушков А.В. Истерические расстройства у больных в общесоматической практике. // Организационные и клинические вопросы пограничной психиатрии (сборник научных трудов). Под ред. Ю.А. Александровского- М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1990 - С. 74 - 79.
389. Российский статистический ежегодник. М., Госкомстат РФ, 1998, - 813 с.
390. Российский статистический ежегодник. М., Госкомстат РФ, 2000, - 1009 с.
391. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, переиздание: СПб, "Питер Ком", 1999, - 720 с.
392. Савина О.Ф. Особенности структуры и процесса самосознания психопатических личностей истерического и возбудимого круга. Автореф. ... канд. психол. наук. М.- 1992. -22с.
393. Сайгадак Д.И., Тетеркина Т.И., Фролов Г.И. Тест ММРІ. Минск, «Киреев»,2001, -30 с.
394. Сафуанов Ф. С. Эмоционально-смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей возбудимого и истерического круга. Автореф. ... канд. психол. наук. М. - 1986. – 24 с.
395. Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе (научно-практическое пособие). М.: "Гардарика", 1998 - 192 с.
396. Семенов С. Ф. К вопросу об ограниченной (уменьшенной) вменяемости.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1966, том 66, № 8 - С. 1268-1272
397. Семке В. Я. Истерические состояния. М., "Медицина", 1988, - 224 с.
398. Семке В.Я.. Нохрина Л.Я. Клинический и терапевтический аспекты патоморфоза истерии.// Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982, С.32-45.

399. Семке В.Я., Федерико И.Ф. Типология истерической психопатии. В кн.: Тезисы докладов XII всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М., 1995, т.2, С.220-221.
400. Сергеев И.И. Психопатология и динамика психогенных истерических расстройств в пресениуме и старости. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1977, №12 -С. 1853-1857.
401. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. М., 1971.-43с.
402. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. М., Институт прикладной психологии, 1998.- 511с.
403. Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М.: "Норма", 1998. - 285 с.
404. Случевский Ф. И. Некоторые актуальные вопросы судебной психиатрии // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 1991. № 2 с. 89-98
405. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии). // Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова). М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 558-606
406. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983, Т. 1-2.
407. Современное уголовное законодательства и судебная психиатрия. Пособие для врачей (под ред. Т. Б. Дмитриевой и Б. В. Шостаковича). М., РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998, - 136 с.
408. Судебная психиатрия / учебник под ред. Б. В. Шостаковича - М.: Зерцало, 1997 - С. 35
409. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974 - 320 с.
410. Сырейщиков В.В. О клиническом патоморфозе алкогольных психозов поданным эпидемиологического исследования.// Журн. невроп. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1981, № 1, С.78-83.

411. Трофимов Б.А. Патоморфоз психических расстройств при соматических заболеваниях. Автореф. ... докт. мед. наук, Свердловск. -1980.-23с.
412. Уголовный кодекс РФ. М. - 1997. -413с.
413. Фейнберг Ц. М. Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. М., ОГИЗ "Советское законодательство", 1934, - 178 с.
414. Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М.: "Медицина", 1968. - 252 с.
415. Фелинская Н.И. О патоморфозе классических форм психопатий. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1979, №11 - С. 1544- 1549.
416. Фрейеров О.Е. К вопросу о классификации психопатий. // Журнал Судебно-медицинская экспертиза, 1969, № 4 - С. 4 -11.
417. Фильц А.О. Истерическая психопатия. Типологические аспекты. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1988, № 3 -С. 131- 137.
418. Харитонов Н.К., Гусакова З.С. О психогенных депрессиях невротического уровня в судебно-психиатрической практике.// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985, С. 83- 90.
419. Хохлов Л.К.. Воробьев М.И., Савельева Л.Н. Социокультуральные факторы и патоморфоз психических заболеваний.// Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1972, №12 -С.1841 -1847.
420. Хохлов Л.К. Патоморфоз психических заболеваний. // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова, 1977, №1 -С. 67- 72.
421. Хромов Н.А. К анализу патогенетических механизмов истерии.//Проблемы судебной психиатрии, М., 1977, вып.19, с.157- 158.
422. Хьелл Л., Зиглер. Д. Теории личности. СПб.: «Питер Пресс», 1997. -650 с.



423. Чижов В.М. Судебно-психиатрический аспект в динамики психопатий в позднем возрасте. Автореф. ... канд. мед. наук, М. – 1974.-22с.
424. Шейдер Р. Психиатрия. М.: Практика, 1998 - 485 с.
425. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев, "Сфера", 1999, - 236 с.
426. Шостакович Б.В., Свириновский Я.Е. Проблемы патоморфоза психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. /сб. научных трудов/ – М., РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1985. - С.3-14.
427. Шостакович Б. В. Психопатии. Судебно-психиатрическая оценка // Судебная психиатрия: руководство для врачей. Под ред. Г. В. Морозова. М.: "Медицина", 1988, - 400 с.
428. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий. Автореф. ... докт. мед. наук. М. – 1971.- 34с.
429. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрическое значение некоторых вариантов динамики психопатий возбудимого типа. Автореф. ... канд. мед. наук, М. – 1963.-22с.
430. Шостакович Б. В. Теоретические основы судебно-психиатрического диагноза. // Судебно-медицинская экспертиза, М. РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1987, № 2, - С.38-41
431. Шостакович Б. В., Горинов В. В. Ограниченная вменяемость в судебно-психиатрической клинике. // Ограниченная вменяемость /сб. научных трудов/ под ред. Б. В. Шостаковича. М.: РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1996, С. 11-18
432. Шилина З.М. Синдром фантазирования у при формирующейся истерической психопатии. – В кн.: Тезисы докладов VIII всероссийского съезда невропатологов и психиатров, М., 1988, т.3, с.87-95.
433. Шубина Н.К. К вопросу о состояниях компенсации и декомпенсации у психопатических личностей по материалам

- длительных анамнезов. // Судебно-медицинская экспертиза, М.: РИО ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1992, - С.128-131.
434. Юнг К. Г. (1932) О становлении личности. // Конфликты детской души. М.: Канон, 1995 - С. 185-208.
435. Якубик А. Истерия. Методология, теория, психопатология. М., - 1982.-156с.
436. Ясперс К. Общая психопатология - М.: Практика, 1997. - 1056 с.
437. Bartholomew R. E. Epidemic hysteria: a review of the published.// Am. J. Epidemiol. - 2000.- Jan; Vol. 135, № 1, pp. 51- 54.
438. Bartholomew R., Wesley S. Epidemic Hysteria in Virginia.// South Med. J. 1999 Aug; Vol. 92, № 8, pp. 762 - 769.
439. Blashfield R., Sprock J., Pinkston K., Hodgins J. Exemplar prototypes of personality disorder diagnosis // Comprehensive psychiatry, Vol. 26, pp. 11-21
440. Brooner R., Schmidt C. W., Felch L. J., Bigelow G. E. Antisocial behavior of IV drug abusers: implication for diagnosis of antisocial personality disorder // Am. J. of psychiatry, 1992, Vol. 149 № 4, pp. 482-487
441. Britton R. Getting in on the act: the hysterical solution.// Int. J. Psychoanal., 1999, Feb; Vol.80 (Pt 1), pp. 1-14.
442. Boeri R; Caraceni T Patomorfosi dell'isteria da variazione dell'ambiente socio-culturale.// Riv. Sper. Freniatr. Med Leg Alien Ment. 1969, Jun 30; vol. 93, N 3, pp.601-609
443. Canevaro A. L'influence de l'environnement sur la modification des malades mentales/ Evolution Psychiatr., 1967, vol.32, N 3, pp.639-653.
444. Cawthra R., Gibb R. Severe personality disorder - whose responsibility? // British J. of psychiatry, 1998, Vol. 173, № 7, p. 8-10
445. Clarkin J. F., Widiger T. A., Frances A., Hurt S. W. Prototypic typology and the borderline personality. // J. of Abnormal psychology, Vol. 90 № 6, pp. 575-585

446. Cloninger R. C. Criminality and personality disorder.// British Journal of Psychiatry, 1985, Vol 217. pp. 23-32
447. Deniker P. Mutations modernes des formes psychopathologiques.// VI Congress Mondial de Psychiatrie. Honolulu, 1977, pp. 5-11.
448. Doerr W. Uber Pathomorphose.// Arch. Wsch., 1956, N 11, S.121-126.
449. Dolan B., Coid J. Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues. London: Gaskell, 1993 - 253 p.
450. Esterson A. Getting in on the hysterical solution.// Int. J Psychoanal. 1999 Feb; 80 (Pt 1), pp.1-13.
451. Fernandes A. Fundamentos de ia psiquatria actual. Madrid, 1968, pp.56-63.
452. Figarette H. Criminal insanity // Psychiatry & ethnics, NY.: Prometheus Press, 1992. - pp. 499-517.
453. Fingarette H., Hasse A. Mental disabilities and criminal responsibility - Bercley: University of California press, 1979, pp.54-55.
454. Foote B. Dissociative identity disorder pseudohysteria. // American J. Psychotherapy, 1999, Summer; Vol. 53, № 3, pp.320-343.
455. Forrest A.D. Antisocial personality and psychiatry.// Brit. Medicine Journal, Jun, N 3; Vol. 320 (7248), pp. 1488-90
456. Friedland M. L. The case of valentine shortis yesterday and today // Canadian J. of psychiatry, 1991, Vol. 36 № 3, pp. 159-166
457. Gacono C. B., Meloy J. R. The Rorschach and DSM-III-R antisocial personality // J. of clinical psychology, 1992, Vol. 48, № 3, pp. 393-406
458. Halligan P.W., Bass C., Wade D. T. New approaches to conversion hysteria.// Brit. Med. J 2000, Jun, N 3; Vol. 320 (7248), pp. 1488-90.
459. Halligan P.W., Autwal B. S., Oakley D. A., Frackowiak R. S. Imaging Hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria.// Lancet, 2000, Mar., Vol 355(9208), №18, pp.986-87.
460. Harris G. T. Rice M. E., Quinsey V. L. Psychopathy as a taxon: evidence that psychopaths are a discrete class // Journ. of consult. and clin. Psychology, 1994, Vol. 62 № 2, pp. 387-397

461. Harry B. Criminals' explanation of their criminal behavior: a possible role for psychopathy // *Journal of forensic science*, 1992, Vol 37, № 2, pp. 1334-1340
462. Hellpach W. Pathomorfozen.// *Med. Welt.* , 1929, N3, S. 478-479.
463. Holmes C. A. Psychopathic disorder: a category mistake? // *Journal of medical ethics*, 1991, Vol. 17, № 2 - pp. 77-85
464. Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Heidelberg, 1913, rep. Berlin, Springer-Verlag, 1973
465. Kalliopuska M. Hostility of asocial youth as measured by TAT and Rorschach // *Perceptual & Motor Skills*, 1992, Vol. 74 № 2, pp. 563-566
466. Laplane D., Bonduelle M. Le debat sur l'hysterie. *Rew Neurolog Paris* 1999 Oct; 155(10):815-21.
467. Lamparski D. M., Roy A., Nutt D.J., Linnoila M. The criteria of Cloninger et al. and Von Knorring et al. for subgrouping alcoholics: a comparison in a clinical population // *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, Vol. 84 № 6, pp. 497-502
468. Livesley W. J. Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders // *J. of personality disorders*, 1987, № I, pp. 88-95
469. Mackay I. Psychopathic disorder: a category mistake? A legal response to Colin Holmes. // *Journal of medical ethics*, 1991, Vol. 17 № 2 - pp. 86-88
470. Marttunen M. J., Aro H. M., Henriksson M. M., Lonnqvist J. K. Antisocial behaviour in adolescent suicide // *Acta psychiatrica scandinavica* 1994, Vol 89, № 3, pp. 167-173
471. McCord W. *The psychopath and milieu therapy: a longitudinal study*. NY: Academic Press, 1982. -134 p.
472. McDonald D. A., Nussbaum D. S., Bagby R. M. Reliability, validity and utility of the FIT // *Can. J. of psychiatry*, 1991, Vol. 36 № 7, pp. 480-484
473. McMillen D. L., Pang M. G., Wells-Parker E., Anderson B. G. Behavior and personality traits among dui arrestees, nonarrested

- impaired drivers, and nonimpaired drivers // International journal of addictions, 1991, Vol. 26, № 2, pp. 227-235
474. Mellor C. S. First rank symptoms of schizophrenia. // British Journal of Psychiatry, 1970, Vol 117, pp. 15-23
475. North C. S., Smith E. M., Spitznagel E. L. Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? // Am. J. of psychiatry, 1993, Vol. 150 № 4, pp. 578-583
476. O'Neal P., Robins L., King L., Schaefer J. Parenteral deviance and the genesis of sociopathic personality// Am. Journal of psychiatry, 1962, Vol. 118, № 12, p. 1114-1124
477. Palermo G. B., Liska F. J., Palermo M. T., Dal Forno G. On the predictability of violent behavior: considerations and guidelines // Journal of forensic science, 1991, Vol 36, № 5, pp. 1435-1444
478. Perez S., Junod A., Pilard M. Culture-Bound Syndromes: pertinence d'une categorie diagnostique.// Med Trop (Marseille) 2000. Vol.60, N 1, pp.75-82
479. Rasch W. Die Zuordnung der psychologischen Diagnosen zu den vier psychischen Merkmalen der articles 20, 21 StGB // Psychiatrie Prax. 1983 Vol. 10 № 5 pp. 170-176
480. Reed J. Psychopathy - a clinical and legal dilemma // British J. of psychiatry, 1996, Vol. 168, № 1, pp. 4-9
481. Reise S. P., Oliver C. J. Development of a California Q-SET indicator of primary psychopathy // J. of personality assessment, 1994, Vol. 62, № 1, pp. 130-144
482. Ross T. A. The common neuroses. London, Edward Arnold, 1987, - p. 234
483. Sass H., Herpertz S., Houben I. Personality disorders: conceptual issues and responsibility // Jap. Journal of psychiatry and neurology, 1994, Vol. 48. Suppl. 1. pp. 5-17
484. Simonian S. J., Tarnowski K. J., Gibbs J. C. Social skills and antisocial conduct of delinquents // Child psychiatry & human development, 1991, Vol. 22 № 1, pp. 17-27

485. Sivic T., Delimar N., Schoenfield R. Construct Validity of the sivic Psychosomaticism test and test of operational style: Correlations with four Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) scales.// Integrative Physiol. Behavior, Science, Sweden, 1999; Apr -Jun; Vol. 34, № 2, pp.79-84.
486. Small G.W., Propper M. W., Randolph E. T. Mass hysteria among students// Am. Journal of psychiatry, 2000, Vol. 168, Sep., pp. 1114-1124 .
487. Smith R. The psychopath in society. NY, Academic press, 1999. - 544p.
488. Spitzer C., Spelberg B., Grabe H.J., Munolt B. Freyberger H. J. Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. // J. Psychosom. Res., 1999, Mar; Vol. 46(3), pp. 291-294.
489. Sourcebook of criminal justice statistics. Washington: Bureau of statistics, 1999 - 403 p.
490. Sutker P. B. Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts // Progress in experimental personality and psychopathology research, 1994. - pp. 73-120
491. Svrakic D. M., McCallum K. Antisocial behavior and personality disorders // American J. of psychotherapy, 1991, Vol. 45 № 2, pp. 181-197
492. Swanson M. C., Bland R. C., Newman S. C. Epidemiology of psychiatric disorders: antisocial personality disorders // Acta psychiatrica scandinavica, 1994, Suppl. 376, pp. 63-70
493. Togel C. Bad diagnostic error hysteria.// Int. J. Psychoanal. 1999, Feb; Vol.80 (Pt 6), pp.1165-1173.
494. Walker N., McCabe S. Crime and insanity in England. Vol. 1-2, Edinburgh, University press, 1973 - pp. 54-78.
495. Wetzel R.D., Brim J., Guze S.B., Cloninger C.R., Martin R. L. MMPI screening scales for somatization disorder. // Clayton PJ. Psychol. Report 1999, Aug; Vol.85 (1), pp.341-450.

496. Wierzbicki M., Howard B. J. The differential responding of male prisoners to subtle and obvious MMPI subscales // J. of personality assessment, 1992, Vol. 58 № 1, pp. 15-126

## **Приложение 1. Клинический случай 1.**

---

***Испытуемый Б., 1949 г.р. обвиняется в хулиганских действиях и в совершении финансовых махинаций.***

*Данных о наследственно психопатологической отягощенности нет. Старший ребенок в семье служащих, имеет младшую сестру. Отец испытуемого, по характеру был угрюмым и злым, злоупотреблял алкогольными напитками. В состоянии алкогольного опьянения избивал детей и жену, семью оставил, когда сыну исполнилось 12 лет. Мать – закройщик верхней одежды, спокойная, добрая, мягкая. Ранее развитие испытуемого протекало без особенностей. Детские инфекционные заболевания и простудные инфекции перенес без осложнений. Посещал детские дошкольные учреждения, где работала мать, был там “любимцем воспитателей”. По характеру формировался послушным, общительным ребенком, имел друзей, любил играть в подвижные игры, “был заводилой”. Общеобразовательную школу начал посещать с семи лет, в начальных классах успевал на “хорошо” и “отлично”. Любил читать приключенческую и историческую литературу, нравились география и история. Затем успеваемость в старших классах снизилась, дублировал 7 класс из-за пропусков занятий после конфликта с преподавателем. Позднее организовал группу из четырех ребят и отомстил обидчику, украл его мотоцикл из гаража, а потом спустя неделю, насладившись «потерянным видом» учителя вернул этот мотоцикл «разобранном до винтика». Из-за насмешек со стороны сверстников (маленький рост и оттопыренные уши) примерно с пятого класса стал активно заниматься в спортивных секциях. Имеет спортивный разряд по боксу и волейболу. Стал тщательно следить за своей внешностью, ходил в институт красоты, где лечил угревую сыпь. Мать шила ему одежду из журналов мод.*



Испытуемого дразнили «пижоном» и «красавчиком». В 8 классе мать испытуемого вышла замуж. Испытуемый был против этого брака, хотя отчима характеризует «хорошим мужчиной», встретил его плохо, провоцировал мать на скандалы. Стал уходить из дома, ночевал у друзей, «из интереса украл на рынке мясо». Отмечал у себя ощущение «геройства», «будоражило, было не так уныло как в правильной жизни». Прочитал книгу, где главный герой вел двойную жизнь: одновременно был благородным разбойником и имел свою шайку, а в дневное время надевал на себя маску смиренного дворянина. Решил, что организует свою тайную шайку. Сделал себе наколку на плече как у героя этой книги. Однажды они «покарали за воровство» директора ресторана, сняв с женщины золотые изделия. Потерпевшая женщина узнала одного из подельщиков испытуемого, но в ходе следствия он оболгал своего товарища, свалил всю вину на другого. По-своему отомстил за судимость товарища: «спалил директорскую Волгу с гаражом». Неоднократно задерживался сотрудниками милиции, состоял на учете в ИДН. Во время осмотров психиатром в ПНД он периодически жаловался на головные боли, отсутствие интереса к обучению, стремился представить себя с лучшей стороны, сообщал, что хорошо учится в школе, хотя реальная успеваемость была уже слабой. Врачи отмечали, что по характеру он спокойный, упрямый, склонен к фантазированию и лжи. Ему устанавливались диагнозы: "Синдром дромомании как реакция протеста (конфликтная ситуация в семье)", "Патохарактерологическое развитие личности по истерическому типу (реакция)". После окончания 8 классов общеобразовательной средней школы поступил в ПТУ, где через год получил специальность краснодеревщика. Когда пришел работать на мебельную фабрику, понял «это не мое, не могу делать одно и то же». Устроился работать грузчиком на промтоварную базу. Сразу же организовал свою бригаду, завел «нужные связи», появились деньги, начал вести «красивую жизнь: утром - товар, вечером -

рестораны». Женился, от брака имеет трех сыновей, считает, что это показатель его мужской силы. Отношения с женой характеризует как прекрасные, но сообщает, что имеет постоянных любовниц. В спустя год дважды стационарировался в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: «Язвенная болезнь желудка». После лечения, долго не мог заставить себя пойти на работу, был уволен за прогул. В этот период настроение было сниженным, чувствовал себя подавленным, много спал. Был привлечен к уголовной ответственности за тунеядство (ст.209 УК РСФСР), при задержании сопротивлялся, пытался убежать, выпрыгнул из окна. «Был вынужден взяться за себя», поступил на завод в качестве ученика гравера. В течение года получил специальность гравера, сдал квалификационный экзамен. Не скрывает, что подрабатывал, перебивая номера на моторах краденых автомашин, так как давно понял, «честно достойных денег не заработаешь». В июне 1968 года был призван в ряды Вооруженных сил. Скрыл от призывной комиссии свое соматическое заболевание, так как очень хотел служить, чтобы «почувствовать себя настоящим мужчиной». Спустя год был комиссован в связи с обострением язвенной болезни желудка из армии. Очень переживал этот факт, стал злоупотреблять алкогольными напитками, казался себе опозоренным, так как все его друзья служили в Армии. «Не мог смотреть окружающим в глаза и разговаривать с ними». Вскоре он перестал разговаривать, у него появилось непроизвольное частое моргание век, а затем закрылись глаза. В связи с этим проходил лечение в психиатрической больнице с диагнозом: «Депрессивный невроз с истероформными расстройствами (мутизм, блефароспазм) у истерической личности». После выписки испытуемый некоторое время работал в ресторане официантом. Работа нравилась, но «не сошелся характером с метрдотелем» и пришлось уйти. После этого устроился приемщиком стеклотары, «быстро понял выгоды этой профессии». Потом организовал еще два пункта приема, в качестве

приемщиков принял своих друзей. Мечтал купить себе дачу у моря и белую яхту. В ходе финансовых махинаций за три года с «битой» стеклотарой» испытуемый вместе с подельником присвоил 230 тысяч рублей. Был задержан в нетрезвом состоянии за драку в ресторане. При задержании оказал активное сопротивление работникам милиции. В ходе следствия выяснился факт причастности к финансовым махинациям. После задержания в СИЗО испытуемый нарушал режим, вел себя агрессивно, бился головой о стену, пытался вскрыть в знак протеста вены на предплечьях, предъявлял жалобы на страх смерти, нервозность, отсутствие сна. Пытался организовать бунт в СИЗО. В дальнейшем отказывался разговаривать, писал на бумаге свои просьбы. После амбулаторного лечения amitriptилином и ноотропилом, состояние улучшилось. Был поставлен диагноз: «Депрессивный синдром у истерической личности». Однако спустя некоторое время в СИЗО, испытуемый стал называть охранников «дяденьками», плакал, капризничал, как маленький ребенок, просил отпустить его домой, так как «он больше не будет» и «обещал слушаться маму». Был госпитализирован в психиатрическое отделение, где лечился около двух месяцев с диагнозом: «Реактивное состояние по типу пуэрилизма у истерического психопата». Затем после выписки была проведена судебно - психиатрическая экспертиза в психиатрической больнице. Во время проведения судебно-психиатрической комиссии входил с нарочитой неуверенностью, медленно, мелкими шажками, глаза были полужакрыты, в руках перед собой держит книгу, на обложке которой изображена красивая женщина в скафандре. Внешне был неопрятен. Сидел, опустив голову, не смотрел в глаза собеседника. Настроение было снижено, выражение лица однообразным, страдальческим, часто вздыхал, плакал. Речь замедленная, тихая, мало модулированная, интонационно бедная. На вопросы отвечал после пауз, но в плане заданного. Порой отвечал только кивком головы. Однако поведение

его менялось в ходе беседы в зависимости от темы разговора. Так, более охотно говорил о своем здоровье, подчеркивая свое плохое самочувствие. Предъявлял жалобы на головные боли, трудности сосредоточения, слабость, "полное бессилие", уточняя, говорил, что «нет сил даже плакать». Затем испытуемый сидел, опустив голову, выражение лица было страдальческим, монотонно повторял, что у него сгнили все внутренности, что в голове навязчивые мысли о самоубийстве, что его преследуют работники ОБХСС и хотят убить инопланетяне. Не считал себя виновным в махинациях связанных с пунктами стеклотары. Объяснял, что является жертвой заговора, так как не хотел делиться, «работал как зверь, а они- на все готовое». Считает, что достоин звания герой труда. Вскользь говорил, что у него бывают такие приступы идей, ему их нахлобучивают. При расспросе об инкриминируемом ему деянии, оживленно говорил, что потерпевший ударил его ногой в пах, и тогда он в ответ ударил его металлической ножкой стула по голове. Стереотипно повторял, что написал уже 150 жалоб, и что он не виноват. Был эмоционально неадекватен. Комиссия пришла к заключению, что для решения экспертных и диагностических вопросов нуждается испытуемый в направлении на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦСиСП им. В.П. Сербского.

Физическое состояние. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, на груди и спине фиолетовая татуировка в виде рыцаря. Видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, выслушиваются рассеянные сухие хрипы функционального характера. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный, двучленный. Живот при пальпации мягкий, легкая болезненность при пальпации пилородуоденальной зоны. Печень не выходит из под края реберной дуги. Почки, желчный пузырь, селезенка не пальпируются, безболезненны при пальпации.

Физиологические отправления в норме, анализы крови и мочи в пределах нормы. Заключение терапевта: "Язвенная болезнь желудка, вне обострения. Хронический гастродуоденит, гастроэзофагальный рефлюкс". Неврологическое состояние. Видимых изменений со стороны моторной и сенсорной сфер, а также знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Менингеальных симптомов нет. Гидроцефальная форма черепа. Зрачки обычной формы, равновеликие, фотореакции живые. Легкий экзофтальм, снижена конвергенция, правая глазная щель, чуть больше. Сглажена слегка правая носогубная складка, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук умеренной живости, положительный кистевой рефлекс Россолимо с обеих сторон больше справа. Коленные рефлексы с расширением рефлексогенных зон, чуть выше справа, брюшные симметрично угасают. Положителен симптом Маринеску - Родовичи с обеих сторон. Пальценосовая проба с намеренной интенцией. В позе Ромберга устойчив. Выявляет красный разлитой дермографизм. Предъявляет нечеткую гипестезию кистей и верхних конечностей по типу: "куртки и перчаток". Заключение окулиста: « на глазном дне очаговых знаков поражения нет». Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. При поступлении находился в подавленном состоянии, сидел сгорбившись, стереотипно раскачивался на стуле, потирал голову руками, плакал при попытке разговора о правонарушении, вставал со стула, начинал метаться по комнате, усиленно жестикулируя и просил прекратить беседу и дать ему успокоительных лекарств. Сообщал, что его преследуют работники милиции. Также говорил, что его сглазила девушка, так как он женился на другой. Считает, что из-за этого еще во время службы в Армии у него появились страхи смерти. Он стал себя плохо чувствовать, заболел и был комиссован. Считает, что внутри него, в желудке, сидит злой человечек, и окружающие знают об

этом и потому хотят его убить. Что у него бывают мысли, которые он слышит, и они спускаются на него потоком сверху и растекаются по всему телу. По поводу своего состояния при содержании в СИЗО заявил, что ему казалось, что находится в утробе матери, и если он не выбьет лбом дверь камеры, то не выйдет наружу. Также сообщил, что в СИЗО у него были состояния, когда его мучила бессонница, был раздражительным, казалось, что стены надвигаются на него и все говорят о его смерти. При уточняющих вопросах по поводу своих высказываний о голосах начинает раздражаться, стереотипно повторяет уже сказанное. Испытуемый путается в высказываниях о преследовании (сначала говорит, что преследуют работники милиции, затем ОБХСС, а в конце заявляет о преследовании инопланетян), с обидой говорит о недоверии врачей к нему. Себя считает "человеком с сильно больными нервами", просит выписать ему транквилизаторы и amitriptilin, потом неоднократно подчеркивает, что amitriptilin он сам попросил ему назначить. В процессе лечения, во время бесед держался свободно, порой без чувства дистанции, хорошо поддавался словесной коррекции, в последствии был подчеркнуто вежлив, порой даже манерен. На вопросы отвечал излишне подробно, приводил зачастую неправдоподобные красочные детали из своей биографии, был склонен к рассуждательству, при этом не теряет нить беседы, помнил, какой ему был задан вопрос. Речь испытуемого была грамматически построена правильно, голос был хорошо модулирован. Часто использовал научные термины, не всегда понимая их смысла, применял их в беседе неуместно. С бравадой рассказывал о том, когда у него были деньги «все знакомые гаишники ему отдавали честь», «что ногой мог открыть любую дверь», «все везде ему были рады». Старается представить себя особенной неординарной личностью. Заявляет, что он знаком со многими известными людьми, артистами, судьями. Испытуемый сам начинал говорить о содеянном правонарушении, при этом в деталях

сообщал о происшедшем. Считал, что его «сгубила жадность», так как вовремя не поделился деньгами с работниками ОБХСС. Далее ссылаясь на запямятование, начинал выдвигать различные версии случившегося правонарушения, активно защищался. Мышление последовательное, суждения логичны, носят выраженную аффективную окраску. Мимика была живая, адекватная, движения пластичны. Эмоциональные реакции были дифференцированы. С теплотой отзывался о своих родных, поддерживал с ними переписку, со слезами показывал всем врачам фотографии жены и детей на обходе, просил «не губить его, помиловать». Следил за внешним видом, устроил скандал, потому что помяли его пижаму. Поведение испытуемого в отделении было дифференцировано: в поле зрения персонала демонстративно ни с кем не общается, все время проводит в пределах постели; без надзора - оживленно общается с испытуемыми. При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают такие черты демонстративности поведения, стремления акцентировать внимание на себе и своих проблемах при выраженном эгоцентризме, оппозиционном отношении к окружающим и общепринятым нормам поведения, устойчивость собственной позиции, снижение эмоционально-волевого контроля собственных проявлений. Проявилась крайняя ситуационная тревожность и напряженность, фиксация на сложившейся ситуации при слабости психологически защитных механизмов, дезадаптивности поведения в целом, недостаточной целенаправленности и дезорганизованности. При достаточном интеллектуальном уровне обнаруживалась сохранность операционной сферы, способность к выделению существенных и практически значимых свойств предметов. Однако, при затруднениях испытуемый легко актуализировал претенциозные реакции с актуализацией конкретных второстепенных свойств предметов, часты претенциозные реакции и ассоциативных и интерпретативных тестах. Контроль над проведением

интеллектуальных и мнестических проб намеренно снижен. Исследование памяти, ее сохранность, достаточный объем удержания, но отмечались привнесения вне контекста списка. На основании всего вышеизложенного комиссия пришла к заключению, что Б. хроническим психическим расстройством не страдал и не страдает, а обнаруживает признаки истерического расстройства личности. Об этом свидетельствовали данные анамнеза и медицинской документации о свойственных ему с детства и заострившихся в период полового созревания таких патохарактерологических черт как фантазирование и псевдология, раздражительность и эмоциональная лабильность, эгоцентричность и демонстративность, стеничность, склонность к непосредственным и внешнеобвиняющим формам реагирования в сложных ситуациях, приведших испытуемого к частым декомпенсациям своего психического состояния, злоупотреблению алкогольными напитками, госпитализации в психиатрические отделения, к ведению асоциального образа жизни и совершению правонарушений. При настоящем клиническом психиатрическом обследовании также выявляются такие личностные особенности испытуемого как театральность, эмоциональная лабильность, многословность, аффективная логика суждений, эгоцентричность, стеничность, ипохондрические реакции, пренебрежение социальными нормами. Указанные личностные особенности не лишали Б. способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В период времени, относящийся к инкриминируемому ему правонарушению, Б. не обнаруживал признаков какого-либо временного психического расстройства, а так как в его поведении, высказываниях не отмечалось признаков расстроенного сознания, бреда, галлюцинаций, его действия были последовательны, носили целенаправленный характер, преследовали конкретные цели. Поэтому Б., в период инкриминируемого ему деяния, следует



*считать вменяемым. Предъявляемые испытуемым жалобы на зрительные и слуховые обманы восприятия, высказываемые идеи преследования и отношения, нарушения мыслительной деятельности в виде навязчивых чуждых мыслей, "ощущения внутреннего беса" и т. д. непоследовательны, носят изолированный, отрывочный характер, не укладываются в картину какого-либо психического заболевания, поэтому его поведение и высказывания следует считать установочными, предъявляемыми с целью психологической защиты. Отмечающиеся при настоящем освидетельствовании у испытуемого особенностей актуального состояния в виде повышенной напряженности, аффективной лабильности, пониженного настроения и уровня активности не лишает его способности осознавать фактический характер своих действий, принимать участие в следственных действиях и судебном заседании. По своему психическому состоянию в настоящее время Б. в применении медицинских мер принудительного характера не нуждается.*

Анализ данного случая позволяет проследить основные черты, свойственные испытуемым исследуемой группы. У испытуемого с детского возраста проступают черты истерического характера, которые отчетливо видны в подростковом возрасте. Он обнаруживает эмоциональную лабильность, манерность, театральность, конфликтность, острое желание быть первым, ему свойственны внешнеобвиняющие и демонстративные реакции. Эгоцентрическая установка проявляется в конфликте с матерью после ее замужества, так как не мог примериться с мыслью, что мать может любить еще кого-нибудь кроме испытуемого. Хотя, формально испытуемый и понимает, что не прав, но не может ничего с собой сделать, и идет на открытый семейный конфликт. Он собирает вокруг себя сверстников. Пытается увлечь ребят своими фантазиями и идеями, играет в благородных разбойников, но поведение носит карикатурный характер: вместо помощи

«обездоленным крестьянам» крадет мясо на рынке, и что совсем не вписывается в рамки поведения дворянина – нападет и на женщину и грабит ее. И все это имеет плачевный конец: «благородные идеи разбойного братства» оборачиваются гнусным предательством. Это и многие другие поступки обнаруживают инфантилизм, наивность и незрелость, а также поверхностность суждений. Как своеобразную декомпенсацию расстройства личности можно рассматривать первую госпитализацию в психиатрическую больницу с мутизмом и блефароспазмом. В данном случае согласно формулировке Halligan P.W., Bass C., Wade D. T. (1999) произошла «конверсионная рокировка»: конфликт между внутренними установками и реальной ситуации. Такой когнитивный диссонанс привел к тому, что вербальная формулировки испытуемого: «не мог смотреть в глаза окружающим» и «как я буду общаться с друзьями», - претерпела своеобразный соматоформный метаморфоз, что обрело форму в виде блефароспазма и мутизма. В тоже время испытуемый сохраняет формальную социальную адаптацию: несмотря на частую смену мест работы и конфликтность с сослуживцами, не тунеядствует, заботится о семье, пытается заработать деньги, хоть и не всегда социально приемлемыми путями. Испытуемый решает конфликт между личностными и социальными мотивами в пользу личностных установок, что приводит к конфликту с законом, совершению преступления. Также обращает на себя внимание недостаточная работа прогностических функций, выражающаяся в недостаточном учете последствий своих действий. Лживость и изворотливость, склонность к агравации своих ощущений, а также симуляция галлюцинаторно-бредовых переживаний, в данном случае являются продуктами психологической защиты «как филогенетически древнего истерического механизма» (E. Birnbaum, 1937). Производит впечатление симулятивного и реактивного расстройства с элементами пуэрилизма, которое как бы имитирует регресс испытуемого на более ранние уровни психического и

поведенческого функционирования (В. Р. Илейко, 1992). Испытуемый старается представить себя с лучшей стороны, пытается симулировать психическое расстройство. Он непоследователен в своих высказываниях по поводу якобы имеющихся галлюцинаторно-бредовых расстройств, дает реакции обиды, плачет, бравирует своими могущественными псевдодрузьями и связями, заискивает перед врачами - ведет себя инфантильно. У испытуемого, звучит мотив совершенного правонарушения: «красивая жизнь», «все всегда любили», «белая яхта и дача у моря», - корыстные мотивы отодвигаются и на первый план отчетливо проступают мотивы психопатической самоактуализации: желания нравиться и быть в центре всеобщего внимания. Здесь факт махинаций, присвоение денег является лишь инструментом для реализации мечты всеобщего признания и успеха. Личностные особенности испытуемого, однако, не мешали ему в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

## **Приложение 2. Клинический случай 2.**

---

**Испытуемый Р. 1970 г.р., обвиняется в убийстве, в организации преступного сообщества, незаконном хранении оружия и боеприпасов, вовлечение в занятие проституцией, и организации и содержании притонов для занятий проституцией.**

Наследственность испытуемого психическими заболеваниями не отягощена. Родился в г. Мурманске, от 3-й беременности, протекавшей с токсикозом, нормальных родов. Рос без отца. Имел старшего брата, неродного по отцу. С 2-месячного возраста часто болел: перенес колиэнтерит, ветряную оспу, неоднократно пневмонию, в 6 лет - гепатит. До 5 лет страдал ночным энурезом. По словам испытуемого, отношения с братом были конфликтными, брат часто его обижал. Мать очень любила испытуемого, баловала его, он был ее "любимчиком", так как был тихим и послушным ребенком, любил рассказывать гостям стихи и петь песни. По характеру она эмоционально неуравновешенная, часто несдержанная, иногда жестко наказывала сыновей. Однажды она чем-то ударила брата, разбив ему при этом голову, но испытуемого никогда не била. Испытуемый сам выучился читать, любил читать, «читал все без разбора и запоем». Любил представлять себя на месте героев из приключенческой литературы. Когда испытуемому было 7 лет, мать вышла замуж. Отчим злоупотреблял алкоголем, устраивал дома скандалы, бил жену и детей, они его очень боялись. Неоднократно он высказывал суицидальные мысли, несколько раз пытался повеситься. В школе испытуемый начал обучаться с 7 лет. Учителя характеризовали его как умного и способного, но ленивого ученика, отмечали хорошую память. В начальных классах учился хорошо. Затем стал слабее успевать, т.к. часто по болезни пропускал занятия, иногда прогуливал их без уважительных причин «неинтересные уроки». Вел два дневника: один для учителей,

другой для матери. По характеру был спокойным, добрым, жизнерадостным, общительным, но имел всего одного друга. По словам испытуемого, он очень переживал из-за взаимоотношений в семье, стеснялся, своих родителей и того, что плохо одет. Однажды столкнул в канаву сверстника в новой куртке, так как тот неоднократно дразнил Р. за бедность. Росла ненависть к отчиму, который был крайне жесток к детям. Когда испытуемому было 12 лет, отчим повесился дома в его присутствии. После смерти отчима мать стала злоупотреблять спиртными напитками, но суицидальных попыток не предпринимала. В возрасте 13 лет в ситуации семейного конфликта "от обиды" на насмешки брата демонстративно пытался в его присутствии повеситься. Когда брат стал смеяться над ним, швырнул в брата утюг. Подумал, что брат умер, так как последний упал и у него потекла кровь. Убежал из дома, ночевал в школьном подвале. После разговора с любимой учительницей попросил у брата прощения и стал посещать занятия в школе. Но после этого с братом никогда не разговаривал. По любимым предметам рисованию, литературе и истории имел отлично. Окончил 8 классов и ПТУ, получил специальность маляра, непродолжительное время работал на заводе. Не хотел служить в Армии, спровоцировал у себя приступ гастрита и гипертонии. Лежал на обследовании в больнице. Связался с компанией асоциальных подростков, ушел из дома, жил на даче. Влюбился в девушку, стал продавать наркотики, чтобы красиво одеваться и «дарить охапками цветы». Увлёкся поэзией, ходил в кружок молодых литераторов, стал писать стихи, даже были публикации в местной газете. Но девушка вышла замуж за другого молодого человека. Испытуемый избил соперника, грозил ему смертью, если тот откажется от женитьбы. Но свадьба все равно состоялась. Испытуемый совершил суицидальную попытку, демонстративно наглотался транквилизаторов на ее свадьбе. Стационарировался в токсикологическое отделение больницы, затем в психиатрическую больницу с диагнозом: «Суицидальная попытка у

акцентуированной личности». После больницы стал злоупотреблять алкогольными напитками. Однажды в пьяном виде был подобран одним мужчиной с гомосексуальной ориентацией. Вступил с ним в половую связь. Любовник увез его в Москву, где купил для испытуемого комнату в коммунальной квартире и обеспечивал материально. Затем любовника привлекли к уголовной ответственности за мошенничество. Испытуемый продолжал распространять наркотики. Был осужден по ст. 224 УК РСФСР за сбыт наркотических веществ. По данному делу АСПЭК признавался вменяемым с диагнозом: "Явления психического инфантилизма у личности с истерическими чертами характера". Освобожден условно-досрочно через год, работал два месяца на заводе художественных изделий. К обязанностям относился халатно, не выполнял задания, в дальнейшем он перестал выходить на работу, был уволен по ст.33 КЗОТ. Затем недолго работал оператором в районном узле связи, где зарекомендовал себя «замкнутым, необязательным человеком, склонным ко лжи», совершал прогулы. Вскоре он был уволен по ст.33 КЗОТ. Занимался спекуляцией одежды. В это время сожительствовал с девушкой моложе его на 9 лет, имеет от нее ребенка. Свои отношения с ней характеризует как «материально-любовные». Обнаружил у себя способности к рисованию, даже брал уроки у художников. Стал рисовать пейзажи и натюрморты с цветами, которые охотно раскупались. Спустя год, случайно в ресторане встретил своего любовника-гомосексуалиста, почувствовал к нему влечение, привел его к себе домой. Сожительнице заявил, что любит их обоих, напоил ее и избил, после чего заставил заниматься сексом с ними. Спустя полгода, несмотря на угрозы расправы, сожительница ушла от него и забрала ребенка, запретив ему встречаться с ним. После этого испытуемый в состоянии медикаментозного опьянения был доставлен в институт им. Склифосовского, а затем переведен в психиатрическую больницу, где сообщил, что принял 3 упаковки фенobarбитала с

целью испытать его действие. Психотической симптоматики не отмечалось, был выписан с диагнозом: "Психопатия истерического круга, демонстративно - шантажная суицидальная попытка". В быту с сожителем он проявлял вспыльчивость, конфликтность, был ревнив и бил его, несколько раз после ссор имитировал попытки самоубийства, делал самопорезы на предплечьях. Стал прижигать себя сигаретой, если видел, что любовник курит, так как не любит табачный дым. При этом испытывал удовольствие. После этого обращался к врачам различных специальностей с жалобами на головную боль, бессонницу, колющие боли в сердце и тяжесть в эпигастральной области, онемение конечностей. Лечился у различных специалистов. После разрыва с сожителем никого не хотел видеть, лежал один на кровати, много читал. Затем понял, что «картинками много не заработаешь». Познакомился со старым сутенером, который его ввел в круг своих обязанностей. Стал заниматься сутенерством. Принимал активное участие «в вербовке товара» в бывших республиках СССР. Имел массажный салон, где работали «проститутки всех цветов кожи и с различными ориентациями». Вскоре салон обложила непомерной данью одна криминальная группировка. Затем главарь потребовал пустить его в долю и сделать совладельцем салона. Испытуемый понял, что скоро его освободят от руководства салоном или просто убьют. Набрал в качестве телохранителей и охранников группу мужчин, имеющих хорошую воинскую подготовку, владеющих различными видами оружия и рукопашного боя. Скоро назначил встречу главарю и где и перебил всю его команду. После этого «сам стал регулировать рыночные отношения» в районе. В августе 1994 года Р. создал устойчивую организованную преступную группу, незаконно приобрел огнестрельное оружие и боеприпасы. С ноября 1994 года по январь 1998 года испытуемый совместно с другими лицами занимались шантажом и вымогательством, совершили ряд разбойных нападений на граждан, завладев их деньгами и ценными

вещами. Подельники давали характеристику Р. как жестокому и коварному человеку, многие вспоминали эпизод, где Р. хладнокровно задушил младенца своего врага, мотивируя тем, что тот может потом отомстить за смерть родителей. В ходе следствия испытуемый давал последовательные показания по существу дела. На амбулаторной СПЭК настроение его было ситуационно снижено, неохотно отвечал на вопросы, сетовал на свою судьбу, называл себя "неудачником в этой жизни". Характеризовал себя спокойным человеком, но вспыльчивым, обидчивым, но с добрым и отходчивым сердцем, любящим хорошую и сытую жизнь. Сообщал, что во время ссор наносил самопорезы на руке, животе, принимал большое количество таблеток с суицидальной целью, чтобы испугать сожителей, так как те не понимали «метаний его души художника». Говорил, что с раннего детства у него душе происходила война между красотой фантазий и серостью реального мира. С удовольствием рассказывал о трудном детстве «в трущобах Мурманска». Говорил, что жизненные неудачи и трудности сделали из него наружность жесткого человека, а на самом деле он раним и деликатен. Давал уклончивые ответы на вопросы об употреблении наркотиков. Признался, что ранее эпизодически курил анашу, но наркотики не употреблял, только пробовал в молодости пару раз колоться, так как это было «протестным и модным». Так как сейчас в моде здоровый образ жизни, он много времени посвящал фитнесу, при этом демонстрировал свою мускулатуру. Виновным себя не признавал, категорически отрицал общение с соучастниками по данному делу. Говорил, что он только «подрабатывал сутенерством, а убивать и красть это не его методы». Говорил, что «любит делать деньги чистыми руками». Обнаруживал обеспокоенность исходом дела, склонность к демонстративно-защитным истерическим проявлениям в форме нарочитого молчания, ответов с продолжительными паузами, высказываний о нежелании жить, намерениях покончить с собой. С диагнозом истерической



психопатии со склонностью к употреблению наркотиков он был признан вменяемым. В судебном заседании испытуемый стал заявлять, что "он ничего не может вспомнить", что "видит только светло-желтый цвет, и потому не может говорить". В связи с возникшими у суда сомнениями в психической полноценности Р., он был направлен на дополнительную АСПЭК. На АСПЭК вошел в кабинет замедленной походкой, мимика была его скорбной, отказывался сесть на предложенный стул, затем все же сел. Сидел сгорбившись, низко спустя голову, молчал. Произносил отрывочные фразы: "Все меня ненавидят, кругом темно", "не буду отвечать на вопросы", "вы все знаете про меня", "зачем понаписали в своем заключении всякого, чего нет и не было". При упоминании о содеянном ссылался на забывание, добавлял при этом, что "когда начинает вспоминать, то видит перед глазами только желтый цвет". От дальнейшей беседы он отказался. Физическое состояние. Жалобы на слабость, головную боль, колющие боли в области сердца. Телосложение астеническое, кожные покровы бледные, ладони холодные, влажные. На коже предплечий, кистей рук, живота и шеи многочисленные следы от самопорезов различной давности. Со стороны опорно-двигательного аппарата без особенностей. Перкуторно со стороны легких - ясный легочный звук, границы легких в пределах анатомических норм, при аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 74 уд. в мин., артериальное давление 110/70 мм. рт. столба. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, мочеиспускание - не нарушены. Клинические анализы в пределах нормы. Заключение терапевта: Вегетососудистая дистония. Неврологическое состояние. Видимых изменений со стороны моторной и сенсорной сфер, а также знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Менингеальных симптомов нет. Зрачки обычной формы, равновеликие, фотореакции живые. Легкий экзофтальм, снижена

конвергенция, правая глазная щель, чуть больше. Сглажена правая носогубная складка, язык по средней линии. Сухожильные рефлексy с рук умеренной живости, положительный кистевой рефлекс Россолимо с обеих сторон больше справа. Коленные рефлексy с расширением рефлексогенных зон, чуть выше справа, брюшные симметрично угасают. Положителен симптом Маринеску - Родовичи с обеих сторон. Пальценосовая проба с интенцией. В позе Ромберга устойчив. Выявляет красный разлитой дермографизм. Предъявляет нечеткую гипестезию кистей и верхних конечностей по типу: "куртки и перчаток". Заключение окулиста: "на глазном дне очаговых знаков поражения нет". Заключение ЭЭГ: "Не резко выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально- органического характера". Заключение невропатолога: «Знаков органического поражения центральной нервной системы не выявлено». Реакция Вассермана в крови (на сифилис) отрицательная. Психическое состояние. Сознание испытуемого было ясное. Он был полностью ориентирован во времени, месте, собственной личности, понимает цель направления на экспертизу. Фон настроения был ситуационно снижен. Сидел в однообразной позе, отвернувшись от собеседника. Не сразу отвечал на вопросы, обдумывал их, следил за производимым им впечатлением. Однако поведение его менялось в ходе беседы в зависимости от темы разговора. Так, более охотно говорил о своем здоровье, подчеркивая свое плохое самочувствие. Предъявлял жалобы на головные боли, трудности сосредоточения, слабость, "полное бессилие", уточняя, говорил, что «нет сил даже плакать». Отмечал, что часто ему мешает говорить "ком в горле", немеют руки, «замирает сердце». Просил отнестись к нему внимательно и назначить ему обследование всех органов. Описывал ощущение, как в голове "копошатся" мысли: "их так много, что невозможно думать сразу все, бывает, что они идут параллельно". Активно жалоб на свое психическое здоровье не высказывал, считает себя психически

здоровым. Соглашался с врачом, что может проявлять повышенную вспыльчивость, обидчивость, но при этом отмечал, что может вообще ни с кем не общаться, что иногда устает от общения и ему требуется полное одиночество для восстановления сил. При расспросе о своей семье и ребенке, говорит, что у него ее никогда не было, а ребенок имеет другого папу, о чем он и не жалеет. Уклончиво говорил о своем поведении на суде. Отмечал, что его, по-видимому, неправильно поняли. Он не мог сосредоточиться, якобы, не мог вспомнить событий правонарушений. Пояснял, что о "желтом внутреннем свете" он сообщал иносказательно, ведь он художник и многое воспринимает с позиции цветовой палитры. Высказывал досаду, что в амбулаторном акте врачи "понаписали лишнее", намекая на гомосексуальные отношения в прошлом, что может сильно ему навредить в будущем, если он попадет в тюрьму. Уходил от ответов на эту тему. Не скрывал, что ранее он "пробовал" употреблять наркотические вещества, анашу, периодически алкоголизировался, выпивая до 200 г. коньяка. Но повторял, что был «жертвой моды на наркотики», а наркоманом никогда не становился. Тягу, физическую зависимость, от наркотических препаратов и алкоголя отрицал. В разговоре о содеянном волновался, хотел убедить врачей, что он пассивно соглашался "пойти на дело" со своими товарищами, так как "не хотел их обижать". Также говорил, что его сдали в милицию конкуренты по бизнесу. При этом говорил, что те радуются зря, так как постоянными клиентами салона были многие высокопоставленные люди, которые «не дадут ему сгинуть». Испытуемый четко понимал противоправность и наказуемость своих действий. В отделении фон настроения его был снижен. Заявлял, что в СИЗО "все всё время разговаривают о нем за его спиной", чувствовал со стороны сокамерников "черную ненависть" так как любовники отправляли ему богатые посылки, шантажировал тем, что кого-нибудь убьет в камере или покончит с собой. Говорит, что он от этих мыслей "не

может переключиться, сосредоточиться", "чувствует какую-то пустоту желтоватого цвета как пустыня". Высказывался, что на нем "лежит проклятье, карма повесившегося отчима", поэтому все неприятности у него получаются сами собой, просил врачей "помочь" ему, "изменить ход событий". Вместе с тем на беседах порой вел себя нарочито, демонстративно отворачивался в сторону, поясняя, что "ему нельзя смотреть в глаза" врачу. Он заметно был озабочен разрешением судебнo-следственной ситуации, своей дальнейшей судьбой. Суждения поверхностные, примитивные. Мышление испытуемого логичное, последовательное. Эмоциональные реакции лабильные. Грубых нарушений со стороны памяти, интеллекта, критических способностей нет. Психотическая симптоматика отсутствует. По наблюдению медперсонала в палате некоторое время лидировал среди испытуемых, но старался это от персонала скрывать. Вне наблюдения вел себя свободно, в пределах наблюдения медперсонала ни с кем не общался лежал на кровати, укрывшись с головой одеялом. При экспериментально-психологическом исследовании у испытуемого были выявлены снижение эмоциональной устойчивости испытуемого, раздражительность, вспыльчивость, слабый самоконтроль над всеми эмоциями и поступками, склонность к само попустительству и непосредственному отреагированию возникающих деструктивных побуждений. Испытуемому была свойственна недостаточная гибкость поведения, прямолинейность, предпочтение силовых, конфронтационных методов разрешения конфликтных ситуаций, повышенная агрессивность, жестокость, конфликтность, слабая способность к сопереживанию, эмпатии, низкое чувство вины. Испытуемого также характеризовали обостренное самолюбие, потребность в самоутверждении, жесткая нетерпимость к противодействию. Он был склонен игнорировать в своем поведении как общепринятые нормы и правила социального взаимодействия, так и позиции окружающих, ориентироваться на собственные

интересы и потребности. Испытуемый был способен к выполнению основных мыслительных операций на материале высокой степени сложности, ориентировался на практически значимые признаки объектов функционального и конкретного уровня, был способен к установлению причинно-следственных отношений, осмыслению проблемных ситуаций. Нарушений мышления не обнаруживалось. Интеллектуальный уровень высокий, с тенденцией к фантазированию. У испытуемого не возникали трудности абстрагирования, оперирования сложными, отвлеченными понятиями. В то же время обследованный был склонен демонстрировать интеллектуальный уровень выше актуального имеющегося, отвечал афористично, многозначительно, иногда подменял конкретные решения общими рассуждениями либо пытался переадресовать вопрос собеседнику. Ассоциативные образы соответствовали содержанию предложенных понятий, конкретны, эмоционально окрашены, несколько примитивны, но с претензией на оригинальность. Способность к концентрации и переключению внимания, мнестические процессы в рамках нормы. По результатам обследования проективными методиками, направленными на анализ сексуальной сферы, можно было говорить о выраженности маскулинных и фемининных психологических черт испытуемого. Отмечались слабая ориентированность подэкспертного на идеал мужественности; амбивалентная конфликтная негативная представленность образа женщины; выраженная тенденция к деперсонализации объектов окружающего мира ("женщины", "мужчины", "ребенок"); тенденция к аутодеперсонализации; выраженная фиксированность на аффективных переживаниях, связанных с темой смерти, мучений, зависимости от собственного негативного состояния; наличие выраженных агрессивно-садистических переживаний; преобладание асоциальных деструктивных установок над просоциальными; аутоагрессивные тенденции. Заключение сексопатолога: "Задержка пубертатного

развития слабой степени выраженности. На период осмотра сексуальной патологии не выявлено. Отсутствие какой-либо фиксации объекта по полу, возрасту, достаточное разнообразие агрессивного и сексуального поведения, возникающего в ситуациях конфликта, алкогольного опьянения или материальной заинтересованности, а также отсутствие четкой связи агрессивного поведения и сексуального или психологического удовлетворения говорят против предположения об аномалии полового влечения в форме садизма". На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что Р. обнаруживал признаки расстройства личности истерического круга. Об этом свидетельствовали данные анамнеза о частых инфекционных заболеваниях в раннем возрасте, ночном энурезе, об эпизодах злоупотребления спиртными напитками и наркотическими препаратами, о появлении в дальнейшем неврозоподобных расстройств, вегетососудистых пароксизмов, аффективных колебаний, психопатических форм реагирования (суицидальные попытки во фрустрирующих ситуациях), формировании таких патохарактерологических особенностей, как раздражительность, несдержанность, мнительность, обидчивость, злопамятность, мстительность, манерность, завышенные самооценка и уровень притязаний, стремление к лидерству и доминированию. Данное заключение было подтверждено и результатами комплексного психолого-психиатрического обследования испытуемого, выявившего у него такие личностные особенности, как обостренное самолюбие, потребность в самоутверждении, стремление к лидерству, претензию на оригинальность, нетерпимость к противодействию, склонность к игнорированию общепринятых нормы и правил социального взаимодействия, позиций окружающих с ориентацией на собственные интересы и потребности; а также снижение эмоциональной устойчивости, раздражительность, конфликтность, повышенную агрессивность, склонность к самопопустительству и

непосредственному отреагированию возникающих деструктивных побуждений, недостаточную гибкость поведения, предпочтение силовых, конфронтационных способов разрешения сложных ситуаций, слабую способность к сопереживанию, эмпатии, низкое чувство вины, наряду с вегетососудистыми расстройствами (нарушение сна, головные боли, головокружения). Однако, указанные особенности психики испытуемого не сопровождались болезненными нарушениями памяти, мышления, критических способностей, какой-либо психотической симптоматикой и выражены не столь значительно, чтобы лишать его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в периоды, к которым относятся инкриминируемые ему деяния (все эпизоды). Как следует из материалов уголовного дела и данных настоящего клинического психолого-психиатрического обследования, в периоды, к которым относятся инкриминируемые испытуемому деяния (все эпизоды), у него не отмечалось и признаков какого-либо временного психического расстройства, которое лишало бы его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Об этом свидетельствуют наличие вербального контакта с соучастниками и потерпевшими, целенаправленность и последовательные характер его действий, сохранность правильной ориентировки в окружающем, отсутствие тогда признаков расстроенного сознания, бреда, галлюцинаций и иной психотической симптоматики. По своему психическому состоянию в настоящее время Р. также может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. В применении принудительных мер медицинского характера в настоящее время он не нуждается. По своему психическому состоянию в настоящее время Р. также может осознавать

*фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, он может предстать перед судом, участвовать в судебном заседании, нести, в случае осуждения, ответственность за содеянное. В применении каких-либо принудительных мер медицинского характера он не нуждается. Высказывания Р. о видимом им "желтом свете, мешающем ему думать и вспоминать", о "черной ненависти к нему", "о карме", "преследовании сокамерниками", а также определенная манера поведения (нарочитое молчание, ответы после продолжительных пауз, демонстрация нежелания беседовать и т.п.) не представляют собой признаков психического расстройства, так как они нарочиты, демонстративны, утрированно претенциозны, не отражаются на его поведении в целом, изолированы, их следует расценивать как защитно-установочное поведение в рамках истерических форм реагирования.*

В данном случае, наряду с привычными истерическими установками, направленными на решение актуальных для личности вопросов, появляются совершенно не присущие истерическому расстройству черты такие как жестокость, склонность к безудержным аффективным реакциям с агрессией и аутоагрессией, склонностью к аутистическому фантазированию и к интроспекции, недостатком тесных доверительных отношений с другими, затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется в эксцентричных поступках, склонности к нонконформизму, с постоянной жадой легкого заработка денег. Сексуальная жизнь служит лишь источником наслаждений. Испытуемый не способен по-настоящему полюбить другого человека, ни крепко привязаться к близким или друзьям. Когда его покидает сожительница и любовник, он переживает не сам факт разрыва, а то, что ему придется самому обеспечивать свое существование. Он не задумывается о своем будущем, живет



настоящим днем. К активной деятельности его подвигают лишь недолговременные увлечения живописью, либо реальная угроза уничтожения. Нет в данном случае и классической истерической внушаемости, легкой податливости влиянию других людей. Присутствует лишь эгоцентричность со стремлением все себе прощать и не считаться с интересами других, постоянного желания быть в центре внимания окружения, манипулятивного поведения, чтобы добиться своих целей. С этой целью испытуемый прибегал к суицидальным попыткам и спектаклям, изображающим их. Зато высок уровень притязаний: «большие деньги, которые картинками не заработаешь»- ради которых он сначала занимался проституцией сам, затем принуждал других, а потом начал заниматься бандитизмом и убивать. Первая субдекомпенсация с выраженными истеро-невротическими и вазовегетативными расстройствами истерического расстройства личности происходит в условиях психотравмирующей ситуации, когда испытуемый впервые убежал из дома после ссоры с братом, затем они следуют после разрывов с сожителями. Всякий раз они стереотипно заканчиваются суицидальными спектаклями, так как происходят на глазах обидчика. Испытуемый после нанесения себе самопорезов получает некоторое моральное удовлетворение, а когда прижигает себя сигаретой сожителя испытывает и физическое удовольствие, не теряет контроля над ситуацией. Далее жажда внимания, сочувствия воплощается в соматоформных страданиях испытуемого, он неоднократно и безуспешно лечится у различных специалистов. Такие «маски болезненных состояний» по Лебедевой М.В. (1992) являются имитацией и сродни эквивалентам синдрома Мюнхгаузена. Все, и в том числе отношение к своему здоровью и проявлению полового влечения подчинено «внешней атрибуции престижных проявлений» Л.С. Выготский: было « модным и бунтарским» употреблял наркотики и влюблялся в женщин, мода сменилась – стал заниматься фитнесом и влюбился в мужчину.

Состояние испытуемого компенсируется тогда, когда он достигает своих корыстных целей достает эти деньги. Но стойкость аномального личностного склада испытуемого приводит его к дисгармоничным социальным отношениям. Правонарушения носят тщательно спланированный характер, он имеет преступную группу, где четко расписаны права и обязанности каждого члена банды. Попадает он в руки правоохранительных органов по показаниям личного водителя при случайном осмотре машины работниками ГИБДД, где обнаружили обрез, из которого были убиты трое человек. Испытуемый в полной мере осознает противоправность своих действий, но не может, а потом и не хочет отказаться от выпавшей ему возможности стать во главе банды. Его засасывает трясина легкой «красивой жизни» и ощущения вседозволенности. И как результат – он теряет бдительность и терпит фиаско. Классическим проявлением истерических механизмов служит симуляция психического галлюцинаторно -бредового расстройства с целью облегчения наказания за совершенные наказания.

## **Приложение 3. Клинический случай 3.**

---

**Испытуемый Т., 1934 г.р., особо опасный рецидивист, семь раз привлекался к уголовной ответственности за кражи и мошенничество. В настоящее время привлекается к уголовной ответственности за создание организованной преступной группы, вовлечение несовершеннолетних в сексуальные отношения, изнасилования несовершеннолетних, незаконное хранение и приобретение оружия, убийства и нанесения тяжких телесных повреждений, грабежи и поджоги квартир.**

Объективных сведений о наследственности и раннем развитии испытуемого нет. Родился в семье служащих, третьим ребенком. Имеет двух старших сестер. Испытуемый рос и развивался нормально, от сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. В детские годы болел редко, посещал дошкольные учреждения, рано начал воровать у родителей деньги, за что неоднократно наказывался физически отцом. Деньги воровал на конфеты, так как очень любил сладкое. Обучение в школе начал своевременно, учился хорошо, но в связи с войной несколько лет обучения пропустил, потом стал с трудом справляться в школе с точными науками. Из-за того, что девочка, которая ему нравилась, стала дразнить его «У.О.» (умственно отсталый), разозлился и все лето ходил на дополнительные занятия к учительнице математики. В дальнейшем стал хорошо учиться. По характеру формировался вспыльчивым, неуравновешенным, конфликтным, общительным, самолюбивым, в компаниях сверстников стремился быть лидером, "всегда мог за себя постоять". Был любимцем матери, так как очень был похож на погибшего к тому времени отца. Успешно окончил 10 классов средней школы, водительские курсы. Женился, от брака имеет сына. Связался с группой асоциальных подростков, стал злоупотреблять алкогольными напитками и изменять жене. Был

призван в армию в 1951 г., служил в автомобильном батальоне. Во время службы неоднократно находился в самовольных отлучках из части, однажды в пьяном виде подрался с сослуживцем. Во время задержания военным патрулем симулировал эпилептический приступ. Впервые был осужден в 1953 году, являясь военнослужащим, по ст. 92 УК РСФСР за кражу государственного имущества к 7 годам лишения свободы. В период пребывания под арестом стал жаловаться на "голоса". Был осмотрен психиатром, жаловался на периодические "голоса" комментирующего и угрожающего характера, страхи, мысли, что его могут убить, онемения пальцев рук по типу перчаток после психоэмоциональных нагрузок. Считал себя психически больным. Был направлен на лечение в центральную больницу учреждения, где находился с диагнозом: "Психопатия истерического типа, состояние декомпенсации". Через два месяца был выписан в удовлетворительном состоянии. По данному делу проходил судебно-психиатрическую экспертизу в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского. При поступлении испытуемый жалоб не предъявлял. При описании психического состояния было отмечено, что мышление испытуемого с чертами аффективной окраски, инфантильности. Он эгоцентричен, с повышенной самооценкой, склонен к псевдологии, у него отмечались отдельные бредоподобные высказывания. В течение недели у испытуемого наблюдался истероформный мутизм, как реакция протеста на содержание в больнице, при этом он охотно общался с помощью записок, а когда считал, что находится вне наблюдения медперсонала, свободно разговаривал с больными. Спустя две недели мутизм сменился истерической афонией. Был признан вменяемым с диагнозом: «Истерическая психопатия, установочное поведение». Совершил 2 побега из мест лишения свободы, в 1956 г. был осужден по ст. 82 ч.1, 1 ч.2 Указа, в 1961 году по ст.19-82 ч.1 Указа от 04.06.47 г. В 1961 году, спустя неделю после задержания был снова госпитализирован в психиатрическую

больницу с депрессивной окраской настроения, неподвижностью, ступором, недоступностью контакта с окружающими, истерическим мутизмом. В связи с длительным отказом от пищи у него развилось значительное физическое истощение. Испытуемый проходил экспертизу в Институте им. В.П. Сербского, где был установлен диагноз: «Глубокая психопатия истерического типа. Реактивное состояние, принявшее затяжное течение». Проходил принудительное лечение, депрессивный синдром был довольно стойкий по отношению к проводимой терапии. Тем не менее, испытуемый вышел из болезненного состояния сразу и непосредственно в связи с устранением психотравмирующего фактора, а именно 24 апреля 1964 года был освобожден решением комиссии Президиума Верховного Совета СССР. Освободился в 1964 г. в связи с помилованием. На учете в ПНД никогда не состоял. Проживал испытуемый с матерью, так как к тому времени первая жена оформила развод еще во время первого заключения. В 1965 году испытуемый женился во второй раз, от брака имеет двух детей. Испытуемый работал водителем на стройке. Решил получить высшее образование, так как это «нужно было для престижа». В 1966 году поступил на вечернее отделение МИСИ, факультет "канализация и гражданские очистные сооружения". Выбор Вуза мотивировал тем, что там практически не было конкурса и в деканате работал муж старшей сестры. Окончил обучение в 1972 году. Со слов, по специальности практически не работал, так как на стройке не мог хорошо и вовремя питаться, все время болел желудок. В 1973 году развелся со второй женой по ее инициативе. Нигде не работал, средства на жизнь добывал путем карточных игр, спекуляцией одежды и денежными махинациями. В 1974 г. женился в третий раз, от этого брака имеет дочь. В этом же году был осужден за мошенничество по ст. 15-147 ч.2, 191-1 ч.2 УК РСФСР, к 4 годам лишения свободы. В последующем был неоднократно судим, в основном за имущественные преступления,

кражи и мошенничество. Перерывы между судимостями были не большие. В 1994 г. был признан особо опасным рецидивистом. Судебно-психиатрического освидетельствования ни в одном из случаев не проходил. В характеристике из мест лишения свободы указано, что в ИТУ он принимал активное участие в работе самодеятельных организаций в отряде, являлся секретарем совета коллектива отряда, по характеру был спокоен, в коллективе уживчив, быстро адаптировался, неоднократно поощрялся руководством. Со слов испытуемого, в 1984 году ему был установлен диагноз "облитерирующий эндоартериит", лечился в 1985 году в больнице, был прооперирован по поводу варикозной болезни. В том же году получил в драке перелом челюсти и травмы лица и носа, за мед помощью не обращался. В 1993 г. испытуемый, будучи привлеченным к уголовной ответственности за кражу, находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ГНЦ ССП им. В.П.Сербского в связи с тем, что неоднократно в ходе следствия наносил себе самопорезы. Как следует из истории болезни, держался свободно, несколько театрально, с переоценкой. Охотно рассуждал на разные темы, был несколько обстоятелен, но легко переключался. Тепло рассказывал о матери, при этом плакал. Отрицал свою вину, утверждал, что его "оговорили", раздражался при расспросах о материалах уголовного дела. Заявлял, что с 1985 года слышит в голове некий "потусторонний голос", под диктовку которого писал "труд о переходе в пятое измерение", представлял исписанные буквами и цифрами листы, утверждая, что "это особый шифр". Говорил, что когда "голос" долго не появляется, чувствует себя настолько плохо, что совершает суицидальные попытки. Противоречиво пояснял свои высказывания, волновался, раздражался. Интеллектуально-мнестических нарушений не выявлялось, критично оценивал сложившуюся ситуацию. Комиссия пришла к заключению, что у Т. имеются признаки истерической психопатии, его высказывания расценила как симулятивные,

признала вменяемым в отношении инкриминируемого ему деяния. Был осужден 18.11.93 г. по ст. 146 ч.2 УК РСФСР, освобожден 02.08.94 г. Проживал с матерью, по возрасту оформил пенсию. На учете в НД и ПНД не состоял. Со слов, общался с прежними знакомыми, был членом одной из преступных "бригад". С 1997 года сожительствовал со Н.В., "обеспечивал возвращение ей крупного долга в валюте". Как следует из материалов уголовного дела, Т. обвиняется в том, что он подчинил своему влиянию и вовлек в преступную деятельность несовершеннолетних О., А., Я. С ними и другими лицами 10.08.97 г. совершили похищение с применением насилия Л. и С. с целью получения с них 20 тысяч долларов США. В 20-х числах августа 1997 года Т., согласно показаниям несовершеннолетней О., совершил ее изнасилование, и повторял подобные действия в естественной и извращенной форме неоднократно, не реже 1 раза в неделю. С августа 1997 по 10.07.98 г. периодически насиловал девушку, причем несколько раз при этом наносил лезвием бритвы и ножом порезы у себя на груди, на левом предплечье, на сгибе левого коленного сустава и заставлял О. пить его кровь, а сам, нанеся ей порезы под грудью и на предплечьях, пил ее кровь. Он же, согласно показаниям Я. показывал несовершеннолетним имеющийся у него револьвер и производил из него выстрелы, хранил оружие до июня 1998 г. 07.01.98 г. Т., О., З. и Ф. произвели разбойное нападение на К. в его квартире, при этом Т. угрожал пистолетом и избивал потерпевшего, требуя крупной суммы денег, что подтверждается показаниями потерпевшего и Ф. 30.04.98 г. Т., как следует из показаний потерпевшего, К., А. и Я. дал им указание убить П., они причинили вред его здоровью средней тяжести, пытались поджечь квартиру. 03.06.98 г., как следует из показаний А. и Е. в поисках Л., они с Т. и неизвестным Ромой приехали в квартиру, где находился П. Т. начал избивать П., а затем, угрожая пистолетом приказал А. убить П., последнему был причинен тяжкий вред здоровью. Как следует из показаний А. и О.,

05.06.98 г. они с вооруженными Т. и Б. путем обмана проникли в квартиру К., совершили ее ограбление и убийство, совершили поджог. Допрошенный по этим фактам Т. отрицал предъявленные ему обвинения, пояснил, что Л., С. и Ов. совершили изнасилование О., после чего он и его знакомые встретились с ними и пытались решить вопрос о возмещении морального ущерба, при этом никого не похищали, не били, оружием не угрожали. Он также пояснил, что хотел забрать принадлежавшие ему вещи с квартиры своей бывшей сожительницы К., однако она препятствовала этому, в связи с чем был вынужден войти в ее квартиру обманным путем. В квартире забрал свои вещи, как произошло убийство и поджог - не видел. Сообщил, что в июне 1998 г. видел, как П. бросился с ножом на А., тот нанес ему повреждения, обороняясь; сам приказа об убийстве не отдавал. Находясь под стражей, испытуемый написал множество жалоб и заявлений в суд, где высказывал свое несогласие с квалификацией его действий, признавал себя виновным только в нанесении потерпевшей побоев, а также просил назначить ему экспертизу в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, так как ранее лечился у психиатра. Также им были написаны многочисленные письма на имя Президента России, генеральному прокурору, г-дам Примакову Е.М., Жириновскому В.В. с жалобами на следователей и просьбами о "восстановлении справедливости" в отношении него. В ходе судебно-следственного разбирательства по делу, испытуемый неоднократно находился на лечении в психиатрическом и соматическом отделениях больницы. В отношении остальных инкриминируемых ему деяний свою вину отрицал. Согласно акту урологической экспертизы у Т. "имеются уплотнения под кожей полового члена, которые могут создавать затруднения при совершении половых актов, но не исключают полностью возможность совершения таковых, поскольку способность к эрекции сохранена, а каких-либо нарушений строения половых органов, которые исключали бы введение полового члена в



естественные отверстия тела у него не имеется". Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы у Т. "имеются рубцы в области груди слева и три рубца в области левого предплечья, которые могли сформироваться вследствие заживления ран в ближайший год, могли возникнуть при указанных обстоятельствах". Согласно заключению СМЭ резаные раны у основания левой молочной железы и ряд ссадин и царапин у О. могли образоваться в срок, ею указанный. В 1999 г. Т. проходил комплексную амбулаторную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. На вопросы отвечал не всегда в плане заданного, часто ссылаясь на запоминания. Утверждал, что его всю жизнь преследует "дьявол, который наложил свою каменную печать", читает его мысли и "устраивает различные неприятности". Защищает его Архангел Михаил, голос которого он слышит; в последнее время он говорил ему "убрать О., она опасный человек". Сообщил, что под влиянием О. его мать изменилась в отношении к нему, хотела его отравить, обнаруживал волосы в пище. Отказался от проведения психологического исследования. Для решения диагностических и экспертных вопросов был направлен на стационарную экспертизу. При настоящем освидетельствовании в Центре установлено следующее. СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. На груди и передней брюшной стенке несколько старых рубцов, послеоперационная грыжа. На предплечьях следы старых самопорезов, на груди, спине, плечах обширные татуировки. В легких дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы. Сердечные тоны ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 120/80 мм рт. ст. Печень при пальпации не увеличена, живот безболезненный. Увеличена СОЭ, общие анализы крови и мочи в пределах нормы. Реакция Вассермана (на сифилис) в крови отрицательная. На рентгенограмме грудной клетки легкие эмфизематозны, корни легких подчеркнуты, тяжисты, стенки бронхов утолщены, частично

обызвествлены. Слева - плевродиафрагмальные спайки, шварты. Справа в верхушке несколько мелких петрификатов. Сердце с небольшим увеличением левого желудочка. Аорта развернута. На ЭКГ - синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца вправо, блокада правой ножки пучка Гисса, диффузные изменения миокарда левого желудочка. Четких указаний на перенесенный инфаркт миокарда нет. Заключение ультразвукового исследования органов брюшной полости - перихолецистит. Заключение хирурга: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Послеоперационная грыжа передней брюшной стенки. Рекомендовано лечение в плановом порядке. Заключение терапевта: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз с нарушением проводимости - блокада правой ножки пучка Гисса. Атеросклероз аорты, коронарных артерий и сосудов головного мозга, нижних конечностей. Хронический обструктивный бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких. ДН 0. Хронический холецистит вне обострения. Язвенная болезнь желудка в анамнезе. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Менингеальных симптомов нет. Правый зрачок шире. Асимметрия лицевого черепа. Глазная щель справа шире. Ослаблена конвергенция. Травматическая деформация носа. Асимметрия носогубных складок. Сухожильные рефлексы справа выше, оживлены, ахилловы резко снижены, больше справа. Брюшные рефлексы снижены. Слабо положителен симптом Маринеску - Родовичи с обеих сторон. В позе Ромберга устойчив. Предъявляет нечеткую гипестезию кожи кистей и стоп. На глазном дне небольшое расширение вен. Очаговых изменений нет. На краниограммах - частично обызвествлена диафрагма турецкого седла; видна затылочная "шпора". На электроэнцефалограмме на фоне многочисленных артефактов выявлены выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера. На эхоэнцефалограмме смещения срединных структур не определяется; имеются признаки

расширения боковых желудочков. Заключение: Атеросклероз сосудов головного мозга на фоне последствий повторных травм головы и злоупотребления алкоголем. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Испытуемый был в ясном сознании, правильно ориентировался в месте, времени и собственной личности. Правильно понимал цель обследования. Сообщал, что несколько лет назад проходил экспертизу в другом, "симулятивном" отделении в связи с неоднократным нанесением самоповреждений, был признан вменяемым. Охотно рассуждал на различные темы. Речь была живая, образная, аффективно окрашенная. Испытуемый был несколько обстоятелен, многословен. С бравадой рассказывал о своих прежних судимостях, придает им ореол романтичности. Старался охарактеризовать себя положительно, как человека, во всем следовавшего "порядку", утверждал, что всегда нравился окружающим, легко находил контакт "с детьми, собаками, пьяными и психами". Утверждал, что несколько лет не употребляет спиртные напитки, так как ему запретили врачи, однако часто пьет "чифир". Понимал суть предъявленного обвинения, активно защищается, заявляет, что его "оговорили". Заявлял, что он психически здоров, однако сразу же «по- секрету» сообщает, что его уже давно преследуют "темные силы, Сатана." Заявлял, что он избран Господом "облегчить жизнь несчастным в тюрьме". По поводу этого заявления пускался в пространственные нелепые рассуждения о своей роли среди заключенных, утверждал, что он "особый" человек, поскольку "видел Господа, отчетливо слышал его голос". Заявлял, что жить ему осталось немного и он скоро "умрет", т.к. "тяжело болен": с трудом передвигается, плохо видит и слышит. При упоминании о правонарушении старался себя оправдать, вызвать сочувствие со стороны врача. Утверждал, что не вступал в половую близость с О., так как, во-первых, относился к ней, как к дочери, а во-вторых, он не способен к совершению половых актов. Подчеркивает, что когда он случайно порезался, О. слизывала его

кровь, ей это нравилось. Она просила дать ей крови в последующем, при отказе наносила себе порезы и сама пила свою кровь. Полагает, что "она или ненормальная, или служит Сатане", поэтому и специально оговаривает его. Негативно, зло и раздраженно характеризует других подследственных, в то же время при описании своего "отцовского" к ним отношения становится слащавым, сентиментальным. Пытается представить себя с наиболее хорошей стороны, тщательно оценивает реакцию собеседника на его высказывания. В настоящее время предъявляет жалобы на периодические головные боли, регулярно возникающее чувство немотивированного страха, от которого невозможно отвлечься, ощущения, что за ним следят, преследуют. Полагал, что это "темные силы вызывают у него страх и галлюцинации". Уверял, что постоянно находит волосы в пище, на зубной щетке, из чего делает вывод, что "слуги Сатаны хотят отравить". Говорил, что все мелкие неприятности инспирированы "темными силами". Тут же заявлял, что его защищают и охраняют светлые силы, так как он "архангельский мужик", т.е. оберегаем Архангелом Михаилом, поэтому жив до сих пор. Полагал, что он будет жить "до второго пришествия Христа", так как ведет праведную жизнь. Излагая все вышеописанное, внимательно наблюдал за реакцией собеседника, соотносил с ней свои высказывания. В беседе нарушений мышления, выраженного снижения памяти, ослабления внимания не отмечалось. Суждения были несколько облегчены, эмоциональны. Был аффективно лабилен: временами эйфоричен, благодушен; при упоминании о матери, детях, любимой собаке - расстраивается, плачет, затем быстро успокаивается. В отделении с первых же дней занял лидирующее положение, подчинил всех своему влиянию, охотно "руководил" и опекал испытуемых, давал наставления. Много читал, играл в настольные игры. Порой, демонстративно обвернув голову полотенцем, шаркающей походкой прохаживался по коридору, фон настроения был снижен. Однако,

вскоре достаточно был бодр и подвижен в палате. В поведении расстройств восприятия, бреда, состояний расстроенного сознания не было выявлено. Критическая оценка сложившейся судебно-следственной ситуации и своего состояния была несколько облегчена, в целом сохранена. В экспериментально-психологическом исследовании при стремлении испытуемого акцентировать психопатологическую симптоматику, выраженных нарушений мышления не выявляется. На фоне трудностей вработываемости и быстрого переключения с одной темы на другую, вязкости и обстоятельности мышления обнаруживается доступность испытуемому проведения основных мыслительных операций на достаточном уровне с опорой на значимые признаки объектов. В ряде случаев отмечается использование субъективных критериев при выполнении мыслительных операций, склонность к претенциозным ответам с рассуждательством, преобладанием аффективной логики суждений, эпизодическим снижением их целенаправленности. Испытуемому свойственны эгоцентричность, демонстративность, завышенная самооценка и уровень притязаний, стремление к доминированию в межличностном общении, к лидерству, ориентация на собственные потребности и желания с игнорированием интересов окружающих, активность, самостоятельность в принятии решений, настойчивость в достижении желаемого, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость при стремлении к контролю за своим поведением, низкое чувство вины. На основании изложенного экспертная комиссия приходит к заключению, что Т. обнаруживает признаки истерического расстройства личности и начальные явления атеросклероза с некоторыми изменениями психики. Об этом свидетельствуют данные анамнеза о свойственных ему на протяжении жизни и отмечающихся в настоящее время таких личностных особенностях, как эгоцентризм, театральность, эмоциональная неустойчивость со склонностью к аффективным

вспышкам и истерическим формам реагирования в субъективно сложных ситуациях, завышенная самооценка, демонстративность, претенциозность, эгоцентризм. Указанный диагноз подтверждают и данные настоящего психиатрического обследования выявившего у испытуемого некоторую конкретность мышления, легковесность суждений, эмоциональную неустойчивость, начальные проявления общего атеросклероза сопровождающиеся легкой церебрастенической симптоматикой (головные боли, снижение памяти, нерезко выраженные истощаемость, слабодушие) на фоне определенной органической неврологической симптоматики. Однако отмеченные особенности психики испытуемого не сопровождаются выраженными нарушениями мышления и критики и не лишали его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в периоды времени, относящиеся к инкриминируемым ему деяниям. Как следует из материалов уголовного дела, в то время он не обнаруживал и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности (в том числе патологического опьянения или состояния аффекта), мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в отношении инкриминируемых ему деяний Т. следует считать **ВМЕНЯЕМЫМ**. По своему психическому состоянию в настоящее время в применении принудительных мер медицинского характера не нуждается. Деятельность Т. в ситуациях правонарушений была сложноорганизованной, целенаправленной, у него не отмечалось нарушений произвольной регуляции психической деятельности, что исключает квалификацию его состояния как физиологического аффекта. Свойственные Т. личностные особенности, такие как завышенная самооценка и уровень притязаний, стремление к доминированию в межличностном общении, к лидерству, ориентация на собственные потребности и желания с игнорированием интересов окружающих,

*активность, настойчивость в достижении желаемых целей, эмоциональная неустойчивость нашли отражение в его поведении в ситуациях правонарушений, однако не оказали существенного влияния на его сознание и деятельность.*

Анализируя данный случай нельзя не отметить, что наряду с ранним формированием патохарактерологических черт характера присущих истерическому расстройству личности у данного испытуемого рано проявился диссоциальный радикал. Испытуемый, не смотря на хорошие отношения с родителями, ради удовлетворения своего гедонистического влечения ворует деньги у родителей и покупает конфеты. Находясь в относительно благополучных условиях, испытуемый проявляет себя как целеустремленный и честлюбивый человек, упорно занимается математикой, которую не любит, чтобы не быть хуже всех и подняться в глазах любимой девушки. Также стремлением «поднять свой престиж» вызвано поступление в ВУЗ, но здесь уже испытуемый идет по пути наименьшего сопротивления: на факультет берут без конкурса и муж сестры работает в деканате этого ВУЗа. Но ежедневный труд испытуемому не в радость, у него когнитивный диссонанс между внутренними установками и реальностью выливается в своеобразную форму «истерического соматизированного протеста» (Н. Пезешкиан, 1997) – это заболевание желудка, которое перестает беспокоить испытуемого по мере того, как тот оставляет свою нелюбимую работу. Диссоциальные установки настолько в нем преобладают, что значительный период жизни, когда испытуемый неоднократно привлекался к уголовной ответственности за кражи, он находится в более или менее компенсированном состоянии. Испытуемый не обращался и не нуждался в помощи психиатров, достаточно хорошо характеризовался как заключенный в местах лишения свободы. Такое поведение можно сравнить с синдромом «отрыва от дома» (Svrakic D. M., McCallum K., 1992), когда происходит усиление

психопатических проявлений с явной социальной дезадаптацией и снижением интересов вне мест заключения. В 1993 году он опять привлекается за кражу и проходит судебно-психиатрическое освидетельствование. Испытуемый старается привлечь к себе внимание суицидальными попытками, симулирует галлюцинаторно-бредовое расстройство с целью избежания наказания, пытается вызвать сочувствие у врачей своими соматическими заболеваниями, аггравировать тяжесть своего состояния. Анализируя состояние испытуемого на тот момент, нельзя не заметить, что появившаяся сосудистая и соматическая патология испытуемого служат предвестниками возникновения органической поражения головного мозга. И во время проведения последней судебно-психиатрической экспертизы признаки атеросклеротического поражения сосудов головного мозга видны отчетливо: испытуемый несколько ригиден и аффективно лабилен. В условиях заключения у испытуемого происходит срыв и без того слабых компенсаторных механизмов, декомпенсация состояния и нетипичные психопатологические реакции в виде идей кверулянтства, с отрывочными элементами сверхценных идей отношения, фиксированная астеноипохондрическая симптоматика скрупулезным анализом внутренних ощущений, фазы с преобладанием депрессивного компонента с тревогой, подавленностью, раздражительностью и неприятных ощущений в различных участках тела «спирание в груди», «нехватка воздуха» и т. д. Обращает на себя внимание и красочный полиморфизм жалоб, и их частая смена. Испытуемый действительно соматически неблагополучен, но он все время аггравировать свое состояние, пытается таким образом привлечь к себе внимание и вызвать сострадание к своей судьбе. Наряду с декомпенсацией личностного расстройства и усугубления соматического состояния происходит «срыв криминального статуса» (Д.К. Нечевин, 2000), значительное утяжеление самих деликтов: испытуемый организует преступное сообщество,



занимается разбоем, убивает, вовлекает в свою преступную деятельность подростков и принуждает несовершеннолетнюю девочку к вступлению в половую связь. Но отмеченные особенности психики испытуемого не сопровождаются выраженными нарушениями мышления и критики, не лишали его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в периоды времени, относящиеся к инкриминируемым ему деяниям.

## **Приложение 4. Клинический случай 4.**

**Испытуемый Ч., 1964 г. р., обвиняемый ив разбойных нападениях на граждан с целью хищения их имущества, а также кражах, грабеже и причинении тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевших (всего 32 эпизода).**

*Мать Ч. якобы страдает психическим заболеванием, "склонна к невротическим состояниям". Беременность протекала с токсикозом, в психотравмирующей обстановке (отец и дядя были в заключении). Мать добрая, отзывчивая, была очень ласкова к детям, баловала сыновей. В настоящее время поддерживает с испытуемым теплые отношения. Отец, со слов испытуемого, любил детей, всячески потакал их капризам и прихотям, скончался от сердечного заболевания в 1995 г. Родился испытуемый в двойне, на 7 месяце беременности, весил 1200 г. Брат-близнец здоров, в настоящее время отбывает наказание за создание преступной группировки и вымогательство.. В возрасте 6-8 месяцев испытуемый перенес гипоксическое состояние - во время кормления грудью мать "приспала" его, у него отмечалось кровотечение изо рта. После этого эпизода лечился в больнице. Посещал ясли, детский сад. Рос капризным, раздражительным, среди сверстников стремился к лидерству, в умственном и физическом развитии не отставал. По данным акта рос послушным ребенком, был ласков с родителями, дружен с братом и сестрой, любил фантазировать, рассказывал детям сочиненные им сказки, однако было отмечено, что по характеру формировался вспыльчивым, конфликтным. Перенес в детском возрасте пневмонию и корь. В школе начал обучаться с 7 лет, первые годы успевал хорошо, отличался хорошей памятью, вниманием. В характеристике из школы указывается, что он проучился в данной школе 8 классов, имел хорошие способности, но был ленив, успевал удовлетворительно, не участвовал в*

общественной жизни класса и школы, был остроумен, послушен, уважителен, друзей не имел, в конфликты не вступал, интереса к учебе не проявлял. После конфликта с родителями, испытуемый резко переменялся по характеру, стал грубым, недисциплинированным, начал похищать дома вещи и деньги, то и дело убегал из дома, занимался бродяжничеством, попадал в спец.приемники, был поставлен на учет в детскую комнату милиции. В 1976 году испытуемый перенес травму головы с потерей сознания, ему был установлен диагноз: «Сотрясение головного мозга», лечился стационарно. После выписки из больницы в течение месяца сохранялись жалобы на головные боли, головокружения. В начале 1977 года убежал из дома в очередной раз, жил в Москве у случайных знакомых, которые вели асоциальный образ жизни. Его отношения со сверстниками испортились, снизилась успеваемость, стал злобен по отношению к двоюродной сестре, которую прежде очень любил. Со слов испытуемого, в ту пору он чрезвычайно увлекся чтением фантастической и мистической литературы, то и дело представлял себе, что он окружен ведьмами и вурдалаками, испытывал удовольствие при чтении страшных историй. Тогда же ему стало казаться, что под окном его подстерегают чудовища, испытывал сильный страх, думал, что если убежит из дома, монстры перестанут преследовать его. В 1977 году был обследован в Тульском ПНД, где предъявлял жалобы на то, что слышит голоса родителей, видит отца, когда того нет дома. Со слов родителей, вел себя «странно», выглядел «растерянным, чего-то боялся», утверждал, что его «кто-то толкает, ведет, что им управляют», просил его держать за руку, запирасть, чтобы он не убежал. В то же время в акте дана иная трактовка событий данного периода: в выписке указано, что испытуемый «боялся плохих ребят, которые его заставляли играть в карты и били, похитил и отдал им деньги, лишь бы они отстали от него». В ПНД испытуемому был установлен диагноз: «Реактивное психотическое состояние у акцентуированной

личности», испытуемый был помещен в психиатрическую больницу, где его состояние улучшилось, страхи исчезли. Испытуемый с трудом закончил неполную среднюю школу, был направлен комиссией по делам несовершеннолетних в сельскохозяйственный техникум, откуда, со слов испытуемого, был исключен спустя 10 дней за кражу денег у сокурсника и драку. Был оформлен в Тульское кулинарное училище, где нарушал дисциплину, ничем не интересовался, ни с кем не дружил, «выкрикивал на уроках угрозы в адрес обидчикам», в связи с чем его неоднократно собирались исключить. Весной 1978 года испытуемый вновь убежал из дома, по заявлению родителей о пропаже ребенка был объявлен его всесоюзный розыск. В июне 1978 года Ч. был впервые привлечен к уголовной ответственности. Он обвинялся в краже вещей из квартиры у некоего П., у которого тогда проживал. На допросах испытуемый сообщил, что познакомился с потерпевшим на вокзале, тот пригласил его к себе домой, где совершил с ним акты мужеложства, потому он и похитил его вещи, чтобы ему отомстить. На АСПЭК в ноябре 1978 года фон настроения испытуемого был приподнят, отмечалась парамимия, манерность, неадекватная улыбка. Заявлял, что уходя из дома слышал голос отца, во всех автомобилях, проезжающих мимо, ему чудились его родители. Суждения испытуемого отличались легковесностью, отмечалась «разлаженность в мыслительной деятельности», «аффективность суждений». В декабре 1978 года испытуемый поступил на экспертизу в Центр им. Сербского, где на комиссии 1979 года был манерен, демонстративен, ни к месту улыбался, не был обеспокоен судебной ситуацией, пояснил, что убегал из дома, поскольку «в голове у него внезапно возникала мысль «Беги!». Сообщил, что посещал кинотеатры, рестораны, жил в дорогих гостиницах. Срок его пребывания на экспертизе был продлен на месяц. В феврале 1979 года испытуемый был доступен контакту, манерен, дурашлив, на вопросы отвечал не по существу, отмечал у себя наплывы

мыслей, произвольные желания куда-то бежать, хулиганить. Без стеснения заявлял, что у него много нечестно нажитых денег, он в будущем не собирается работать. Обещал «подарить всем врачам по Волге», так как он не жадный, при этом демонстрировал свои золотые зубы. Заявлял, что очень любит лошадей. Был эмоционально неадекватен. Мышление отличалось малопродуктивностью, аффективной окраской, суждения были противоречивы. Строил планы на будущее, расспрашивая окружающих о театрах и ресторанах столицы. Называл себя «милый человечек с придурью». Высказывал в адрес потерпевшего угрозы убийством. В отделении пребыванием не тяготился, приставал к персоналу со своими стихами, отмечались колебания настроения от маниакального с элементами дурашливости до злобно-негативистического. Нарисовал врачу новогоднюю открытку с изображением гладиатора с оскаленными зубами и веткой ели с шишкой в зубах. При этом внимательно оценивал реакцию окружающих, которым показывал свое творение. При экспериментально-психологическом исследовании отмечалась завышенная самооценка, был склонен к внешнеобвиняющим установкам, часто отвечал необдуманно, невпопад, намеренно пытался сравнивать несравнимые понятия, о ряде сюжетных изображений судил формально, но реагировал адекватно сюжету. Был парциально не критичен, отмечалось снижение способности к самоконтролю. Был установлен диагноз: «Глубокая психопатия истерического круга», рекомендовалось в отношении инкриминируемого правонарушения считать невменяемым, направить на лечение в психиатрический стационар общего типа. С апреля по декабрь 1979 года испытуемый находился на принудительном лечении с диагнозом: «Глубокая психопатия истерического круга, реактивное состояние» в Тульской областной ПБ, где был расторможен, груб, циничен, совершил побег, но был возвращен в отделение. Проводилось лечение нейролептиками,

ноотропами и транквилизаторами. После выписки нигде не работал. В марте 1980 года похитил из дома 5 тысяч рублей, которые семья откладывала на покупку нового автомобиля и уехал в Москву, где вскоре промотал деньги, стал попрошайничать, совершал мелкие кражи и был привлечен к ответственности по ст. ст. 146 ч. 2, 144 ч. 2 УК РСФСР. Был освидетельствован МГАСПЭК № 1, держался свободно, неадекватно улыбался, настроение было повышенным, был эмоционально неадекватен, манерен, демонстративен, навязчив с просьбами, кривлялся, передразнивал персонал. Мышление было последовательным. Бреда, галлюцинаций выявлено не было. Облегченно относился к сложившейся судебной-следственной ситуации. Был установлен диагноз: «Истерическая психопатия, декомпенсация» и в отношении инкриминируемых правонарушений рекомендовано считать невменяемым, рекомендовалось принудительное лечение в ПБ специализированного типа. С апреля 1981 года по октябрь 1983 года находился на лечении в Тульской областной ПБ, где первые полгода его поведение носило упорядоченный характер, а затем он стал нарушать режим, совершил в отделении кражу, незаконно отправлял письма, был злобен, раздражителен, дрался, но сам быстро корригировал свое поведение после беседы. Курил в палате, издевался над дефектными больными, уклонялся от приема лекарств, стремился к общению с психопатизированными личностями, лидировал среди них. Продуктивной симптоматики в этот период у него не выявлялось. С октября 1983 года по апрель 1984 года был на лечении в отделении общего типа с диагнозом: «Глубокая истерическая психопатия». После выписки нигде не работал, жил с родителями, которые, с его слов, решили отправить его пожить к родственникам отца в Грузию. Однако Ч. сошел с поезда в Харькове, где совершил несколько квартирных краж у людей, которые приглашали его на ночлег. Как следует из приговора народного суда Ленинского района г. Харькова от 30 октября 1984 года, он 25, 27 и 29 июня 1984 года

совершил квартирные кражи, похищая деньги и вещи, включая одежду, электронную технику, предметы обихода, посуду. Свою вину испытуемый признал частично, сообщил, что кражи совершал в паре с неким Владимиром. По данному делу ему проводилась ССПЭ, где его поведение было дифференцированным, он без чувства дистанции держался с лечащим врачом, но заискивал перед заведующим отделением, подговаривал других подэкспертных к «неблаговидным поступкам». Нарушений мышления у него выявлено не было, он утверждал, что «слышал голос отца», но не мог подробно пояснить, что испытывал. Был установлен диагноз: «Психопатия истерического круга. Симуляция». Осужден на 3 года лишения свободы. За время отбытия наказания зарекомендовал себя «жестоким, хитрым, склонным к обману», имел 15 взысканий, заявлял, что «у него много врагов». Освободился в 1987 году, некоторое время проживал дома, но вновь похитил деньги у родителей и уехал в Харьков. 10 августа, 1 и 7 сентября 1987 года совершил квартирные кражи, похитив деньги и вещи. Виновным себя не признавал, заявил, что взял вещи в счет неоплаченного ему долга. По делу подвергался ССПЭ, где держался демонстративно, развязно, высокомерно, временами был манерен, вновь предъявлял жалобы на якобы слышимый голос отца, однако психотической симптоматики и нарушений мышления у него выявлено не было. В сентябре 1988 года поступил на ССПЭ в Центр им. В. П. Сербского. На комиссии в контакт вступал неохотно, был напряжен, рассказывал о своих гомосексуальных наклонностях, был эмоционально неустойчив, вспыльчив. Себя называл эгоистом, утверждал, что его должны оправдать. Мышление было последовательным. В отделении нарушал режим, подговаривал других подэкспертных отказываться от еды. Был установлен диагноз: «Психопатия истерического круга», было рекомендовано в отношении инкриминируемых правонарушений считать вменяемым. Был осужден на 5 лет лишения свободы. В ИТК перенес туберкулез

легких, лечился в больнице. Освободился в 1992 году. Жил у матери, был с ней добр, вежлив, ласков, с ее слов, постоянно мечтал о богатстве, вел себя хорошо. В январе 1994 года, нарушив установленный за ним административный надзор, уехал в Москву, где 17 января 1994 года совершил квартирную кражу. В августе 1994 года поступил в Центр им. В. П. Сербского. Был формально ориентирован, сведения о себе сообщал отрывочно, во многом противоречиво. Сообщил, что убегал из дома оттого, что тяготился опекой родителей. Отмечал, что за последние годы у него испортился характер, стал «злым, склочным». Виновным себя не считал. Мышление отличалось непоследовательностью, суждения были легковесны, незрелы. Был эмоционально неустойчив, эгоцентричен, критика была несколько нарушена. При экспериментально-психологическом исследовании на вопросы отвечал в плане заданного, нарушал дистанцию, но легко поддавался словесной коррекции. Ассоциативные образы были адекватны, отличались динамичностью, эмоциональной выразительностью. Основные мыслительные операции - сравнения, обобщения - выполнял с опорой на категориальные признаки, правильно устанавливал причинно-следственные связи, оперировал условным смыслом. Отмечалось стремление к нестандартным, демонстративно-претенциозным ответам. Выявлялась незрелость личности, пренебрежение социальными нормами, склонность к внешнеобвиняющим формам поведения. Был установлен диагноз: «Глубоко психопатическая личность», было рекомендовано считать в отношении инкриминируемого правонарушения невменяемым, направить на принудительное лечение в ПБ с усиленным наблюдением. В феврале 1995 года испытуемый поступил в Тульскую областную ПБ, откуда спустя 3 недели совершил побег. Он отказывался от лечения, угрожал расправой медперсоналу, нанес себе самопорезы, когда была вызвана милиция. С точки зрения врачей он представлял в тот период реальную общественную



опасность, мог совершить нападение на медперсонал, сотрудников милиции, членов их семей. Испытуемый скрывался от милиции, проживал у знакомых, родственников. Со слов испытуемого, он дважды обращался к главному психиатру г. Тулы, осматривался им, получал от него рецепты на психотропные препараты, которые регулярно принимал, собирался вернуться в отделение. Отказался продолжить лечение в больнице, после того, как узнал, что его планируют перевести в стационар со строгим наблюдением (со слов). Чувствовал себя хорошо. Испытуемый проживал в незарегистрированном браке с гр-кой Ф. М. С., в г. Зеленограде, от брака имеет дочь. Со слов матери испытуемого, он нигде не работал, спиртные напитки не употреблял и не курил, был по отношению к ней добрым, уважительным. Со слов испытуемого, он пытался устроиться на работу, даже раздобыл себе подложные документы (у него был изъят паспорт на имя Руднева О. П.). Из материалов последнего уголовного дела, Ч. обвиняется в том, что в период с апреля 1996 года по январь 1997 года во главе организованной им вооруженной преступной группы совершил ряд правонарушений, в частности: вооруженные разбойные нападения, кражи и убийства. Испытуемый был случайно задержан 23 января 1997 года в г. Зеленограде, когда пытался сбыть телеаппаратуру. Как следует из показаний потерпевших по вышеперечисленным эпизодам, свидетелей Ч. принадлежала руководящая роль в планировании преступлений, он распределял между ними роли, давал каждому подробные указания, что необходимо делать, за выполненные задания выплачивал им «гонорары». Большинство преступлений было совершено стереотипно, с использованием осведомителей. Действовали вооруженные мобильные группы по 3-5 человек. Допрошенный по делу, испытуемый по большинству правонарушений виновным себя не признал и давать показания отказался. Он признал кражу телеаппаратуры из помещения корпункта программы «Времечко», сообщил, что в середине июля

1995 года, он, проходя по территории стадиона, обнаружил открытое окно, заглянув в которое, увидел телеаппаратуру. Убедившись, что в помещение нетрудно проникнуть, он вернулся на автомобиле и похитил большое количество техники, которую затем продал неизвестным за \$ 2000. Также он признавал и нападение на Е. О. В., однако отрицал использование оружия и какое-либо воздействие на потерпевшую. По делу испытуемому в мае 1997 года была проведена амбулаторная СПЭ в Тульской областной ПБ. На вопросы испытуемый отвечал с излишней детализацией, был демонстративен, изворотлив, внимательно следил за реакцией экспертов. Был эмоционально неустойчив, эгоцентричен. Обеспокоенности ситуацией не обнаруживал. Расстройств восприятия выявлено не было. Эксперты пришли к заключению, что Ч. не страдал и не страдает каким-либо психическим заболеванием, обнаруживает черты психопатии. Его рекомендовано было считать в отношении инкриминируемых ему деяний вменяемым. Однако, при ознакомлении с заключением АСПЭК, испытуемый заявил свое несогласие с заключением, утверждал, что с ним беседовал лишь один эксперт, который задал ему незначачие вопросы, настаивал на проведении ему стационарной СПЭ в Центре им. В. П. Сербского, ссылаясь на свой самовольный уход с принудительного лечения. За время пребывания в СИЗО (с февраля 1997 года) испытуемый имел 1 взыскание, с сокамерниками поддерживал нормальные отношения, соблюдал личную гигиену, на воспитательные мероприятия не всегда реагировал правильно. В судебном заседании в марте 1998 года адвокат испытуемого Ч. заявила ходатайство о назначении Ч. стационарной СПЭ, т.к. он «жаловался на головные боли, галлюцинации, не годен к военной службе», испытуемый ее ходатайство поддержал, пояснил, что состоит на учете у психиатра и нуждается в стационарной СПЭ. При клиническом психиатрическом обследовании в Центре было выявлено следующее. СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Состояние

было удовлетворительным. Испытуемый был астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые были обычной окраски. На предплечьях и туловище были следы от самопорезов. В правой подвздошной области послеоперационный рубец. В области лобка была видна татуировка в виде «знак качества». У испытуемого отмечался акроцианоз. Лимфатические узлы пальпировались, были не спаяны между собой и с кожей. Перкуторно был над легкими ясный легочный звук. Выслушивались отдельные влажные хрипы. Тоны сердца были ясные, ритм правильный, частота сокращений 74 в минуту, артериальное давление 90/60 мм ртутного столба. Язык был влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпировалась по краю реберной дуги, при пальпации была эластичная. Селезенка не пальпировалась. Отеков нет. Стул и мочеиспускание не были нарушены. Заключение дерматолога: кожных и венерических заболеваний не выявлено. На рентгенографии грудной клетки: в верхушках легких старые плотные очаги на фоне фиброза. Свежих очагов нет. Корни легких структурны. Диафрагма обычного расположения. Сердце и сосуды без патологии. Клинические анализы: были без патологии. Заключение терапевта: хронический бронхит. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Испытуемый предъявлял жалобы на периодические головные боли, головокружения. Менингеальных симптомов не обнаруживалось. Был легкий двусторонний экзофтальм. Была ослаблена конвергенция. Левая носогубная была складка сглажена, отмечалась легкая девиация языка влево. Сухожильные рефлексy были оживлены с расширением рефлексогенных зон. Брюшные рефлексy были ослаблены. Пальценосовая проба с намеренной интенцией. В позе Ромберга был устойчив. Заключение окулиста: передние отрезки глазных яблок без патологии. Глазное дно в норме. На рентгенограмме черепа: структура костей не изменена, форма и размеры турецкого седла обычные, сосудистый рисунок не

изменен. При электроэнцефалографическом исследовании были выявлены умеренные диффузные патологические изменения биоэлектрической активности органического характера с признаками дисфункции срединных структур и снижением реактивности коры головного мозга. При эхоэнцефалографическом исследовании смещения срединных структур не выявлено, обнаружено незначительное расширение боковых желудочков. Реакция Вассермана (на сифилис) отрицательная. Заключение невропатолога: умеренно выраженные изменения со стороны центральной нервной системы, возможно, резидуального характера.

**ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ.** Испытуемый входил в кабинет входит быстрой, уверенной походкой, вежливо приветствовал членов комиссии. Сидел ссутулясь. В контакт вступал охотно. Речь была правильная, грамотная, словарный запас достаточно велик, использовал сложные грамматические обороты, литературные метафоры. На вопросы отвечал подробно, по существу, порой с оттенком рисовки, кокетства. Мышление было последовательное, логичное, в рассуждениях опирался на существенные детали, но был способен учитывать и нюансы. Настроение было приподнятое, на лице улыбка. Охотно рассказывал о себе, лишь иногда при расспросах о детстве ссылаясь на забывание. Сообщал, что в возрасте 13-14 лет стал замечать, что вокруг него происходят "подозрительные события". Пояснял, что ему казалось, будто окружающие обращают на него внимание, он является объектом их пересуд, потом стал слышать оклики голосом отца, матери, стало казаться, будто под окном в кустах прячутся ужасные чудища, о которых он читал в фантастических книгах, испытывал сильный страх. Подчеркивал, что становилось легче, если убегал из дома, но затем начинало казаться, словно его преследуют родители. Не мог себя сдерживать, постоянно возникала мысль, что надо бежать прочь, не мог усидеть долго на одном месте. Подчеркивал, что в настоящее время подобных переживаний не испытывает, говорит о

них в прошедшем времени, однако полной критики к перенесенному психотическому эпизоду не обнаруживал, говорит о происходивших с ним "событиях" как о минувшей реальности, сознание болезни отсутствовало. Пояснял, что в последнее время несколько изменился по характеру, стал менее веселым, более замкнутым. Считал, что стал злее, хуже сходится с людьми из-за того что удача отвернулась от него. В то же время с любовью, ласково, чувственно-ярко рассказывал о своей семье, подчеркивал, что вместе с рождением дочери сбылась его мечта о собственном доме, появился человек, о котором ему необходимо заботиться. С гордостью показывал фотографии жены и дочери, которые всегда носит с собой. Себя считал психически здоровым, но "с некоторыми странностями". Пояснял, что он по натуре - мечтательный человек, фантазер. Наивно рассуждал о богатстве, пускался в изложение несбыточных, фантастических планов, говорил, что хотел бы "править всем миром", иметь волшебную палочку. В то же время откровенно признавался, что не умеет разумно распоряжаться деньгами, «готов их раздать другим, потому что не жадина», потратить на безделушки, развлечения, однако говорил об этом формально. Реальных планов на будущее не строил, то утверждает, что будет работать, хотя соглашался, что не приобрел никакой профессии, то пояснял, что «сейчас все воруют». Без стеснения заявлял, что проживет на деньги родителей. Суждения были поверхностные, порой примитивные, по-детски наивные, был несколько не критичен. При расспросе о правонарушениях сообщал, что не совершал большинства инкриминируемых ему деяний, ссылаясь на показания, свидетельствующие в его пользу. Пересказывал свои показания о похищении телеаппаратуры из представительства программы "Времечко", со смехом сообщал, что его "спровоцировали" на кражу, оставив открытым окно, высказывал уверенность, что окажись на его месте другой человек, то поступил бы аналогичным образом. Сокрушенно говорил, что

продал похищенное слишком дешево, т.к. не мог себе представить реальной стоимости аппаратуры, а назначения некоторых похищенных предметов не знал вовсе. Был уверен, что его должны осудить к небольшому сроку лишения свободы. О правонарушении говорил облегченно, некритично, часто в шутливой, игровой форме. Полагал, что его поведение можно извинить, обещает возместить причиненный ущерб. Пояснял, что обвинение в остальных преступлениях возникло оттого, что его знакомые решили свалить на него всю вину, поскольку знали, что он неоднократно лечился в психиатрических клиниках. Эмоционально был неадекватен, высказывал, поверхностные, облегченные суждения, критика к своему состоянию и правонарушениям была неполная, прогностические функции нарушены. При экспериментально-психологическом исследовании на фоне лабильности эмоциональных реакций, демонстративности, реализации игрового поведения, проявления инфантильно-защитных форм реагирования на ситуацию, облегченности, своеобразия суждений и высказываний, отрицания правонарушения с обесцениванием его криминального характера, бравирования собственной асоциальностью, была выявлена относительная доступность выполнения интеллектуальных операций, неравномерность уровня продуцируемых решений вне зависимости от степени отвлеченности стимульного материала, доминирование аффективного компонента регуляции мыслительных процессов, что проявляется в хаотичности и непоследовательности выбора решений. Мыслительные операции осуществлялись с опорой на личностные предпочтения, формальные признаки, конкретно-ситуативные связи, а также субъективные, своеобразные основания смысловых дифференцировок. Ассоциативные образы отличались конкретностью, субъективностью, в ряде случаев парадоксальностью. В личностной сфере были выявлены неустойчивость эмоциональных реакций, огрубленность, ригидность, готовность к активной защите,

вербальной агрессии, стремление к доминированию, переживанию ярких впечатлений, перемене социальных ролей, а также нетерпимость регламентаций, запретов, напряженность в сфере социальных контактов. При направленном исследовании волевых процессов на первый план выступали на фоне облегченности суждений, не критичности, аффективных нарушений, элементов психического инфантилизма резко выраженные расстройства волевой сферы, с нарушением аутохтонных волевых действий, нарушением сознательного преодоления препятствий на пути к цели, сложности преодоления внутриличностного конфликта, нарушения преднамеренной регуляции психических процессов, особенно эмоциональных, а также нарушения осознания волевых актов. В отделении испытуемый режим не нарушал, настроение большую часть времени было приподнятое, охотно общался с медперсоналом и другими испытуемыми, делился с соседями по палате продуктами из передач. **На основании вышеизложенного комиссия приходит к заключению, что Ч. обнаруживает признаки истерического расстройства личности.** Об этом свидетельствуют данные анамнеза о формировании у него с детских лет ряда заостренных, отличающихся неустойчивостью черт характера - вспыльчивости, конфликтности, повышенной раздражительности, эгоцентризма, театральности, манерности, демонстративности, которые по мере его взросления на органически неполноценном фоне (рождение в двойне с признаками недоношенности, перенесение в раннем детском возрасте гипоксического состояния, перенесенная тяжелая черепно-мозговая травма) усугублялись, стали сопровождаться расторможенностью, нарушениями критических способностей, волевыми нарушениями, привели к значительному нарушению его социальной адаптации, частым декомпенсациям, приводившим к стационарированию его в психиатрические клиники. В подростковом возрасте Ч. перенес реактивно-психотический эпизод, клиническое

течение которого (страхи, галлюцинаторные и иллюзорные слуховые и зрительные феномены, элементы бреда преследования, отношения) соответствуют динамике истерического расстройства личности. Однако в дальнейшем подобные эпизоды не повторялись, у испытуемого не выявляется наличие продуктивной симптоматики, не отмечается также и характерной негативной симптоматики, патогномоничных нарушений мыслительного процесса, что позволяет говорить о формировании у испытуемого стойкой ремиссии. В пользу диагноза истерического расстройства личности свидетельствуют и выявленные при клиническом психиатрическом исследовании на фоне умеренных неврологических изменений резидуального характера со стороны центральной нервной системы особенности психики: манерность, демонстративность, облегченность суждений, черты инфантилизма, эмоциональная неустойчивость, волевые нарушения, нарушения критических способностей, прогностических способностей, а также выявленные при экспериментально-психологическом исследовании неустойчивость эмоциональных реакций, огрубленность, ригидность, готовность к активной защите, вербальной агрессии, стремление к доминированию, переживанию ярких впечатлений, перемене социальных ролей, а также нетерпимость регламентаций, запретов, напряженность в сфере социальных контактов, нарушение сознательного преодоления препятствий на пути к цели, сложности преодоления внутриличностного конфликта, нарушение преднамеренной регуляции психических процессов, особенно эмоциональных. **В отношении инкриминируемых деяний Ч. следует считать вменяемым, однако особенности психики Ч. лишали его возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.** В период, относящийся к совершению инкриминируемых ему деяний, у Ч. не отмечалось признаков какого-либо временного расстройства психической



*деятельности, которое лишало бы его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию он в случае осуждения нуждается в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра в соответствии со ст. 22, ч. 1 ст. 97, ч. 2 ст. 99 УК РФ. В настоящее время он может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.*